# O obecności trypsyny w żołądku niemowląt.

Podał

**Dr Stefan Kramsztyk.**

Gdy w niedawnej jeszcze przeszłości przypisywano żołądkowi nieznaczną tylko rolę w trawieniu, ostatnie lat dziesięć przyniosły zupełną zmianę w poglądach na znaczenie tego narządu. Okazało się bowiem, że w żołądku już zachodzą nader ważne sprawy, zarówno odnoszące się do rozszczepiania, jak i wchłaniania pokarmów. Z jednej strony, dzięki pracom Fischera i jego uczniów, poznano bliżej niezmiernie złożony proces rozpadu białka, z drugiej zaś głównie dzięki badaniom i doświadczeniom Pawłowa i jego szkoły zdołano stwierdzić cały szereg przejawów w zakresie czynności gruczołów trawiennych.

Już na międzynarodowym Zjeździe fizyologów w Brukseli w r. 1904 zakomunikował Bołdyrew z laboratoryum Pawłowa, że udało mu się spostrzegać u psa powrotne ściekanie soku trzustkowego, jelitowego, oraz żółci do żołądka, gdy żołądek zawierał pokarmy tłuste lub nadmierne ilości kwasów. Już wówczas wyraził Bołdyrew przypuszczenie, że fakt ten posłużyć może za podstawę do metody klinicznej otrzymywania soku trzustkowego, oraz żółci u człowieka. Całkowite wyniki doświadczeń swoich podał Bołdyrew dopiero niedawno [1]). Już Boas, Czlenow i Contejeau znajdo-

1) Der Uebertritt des natürlichen Gemisches aus Pankreassaft, Darmsaft und Galle in den Magen. Pflügers Archiv für die gesammte Physiologie. Tom 121, 1908.

wali w soku żołądkowym wszystkie fermenty jelitowe, Pawłow zaś zauważył [1]), że tłuszcz, wprowadzony do żołądka, działa pobudzająco na wydzielanie się soku trzustkowego, oraz że ten sok dostaje się do żołądka.

Bołdyrew na podstawie całego szeregu doświadczeń swoich na psach doszedł do wniosku, że przy pewnych warunkach dostają się do żołądka znaczne ilości soku trzustkowego wraz z żółcią i sokiem jelitowym, a to wskutek tego, że wydzieliny te mogą ciec w kierunku odwrotnym; dzieje się to nietylko w drodze przypadkowej, wskutek wstecznego ruchu jelit, lecz przy tłustych pokarmach, oraz przy nadmiernych ilościach kwasów w żołądku, sprawa ta zachodzi zupełnie stale i regularnie. Tłuszcz jest, jak wiadomo, pokarmem ciężkim, dłuższego potrzebującym trawienia, a ponieważ do tego konieczna jest większa ilość soku trzustkowego, którego działalność w pewnym stopniu osłabia właściwy sok żołądkowy dzięki kwaśnemu swemu odczynowi, więc też, jak przypuszcza Bołdyrew, w przypadkach tych zmienia się zasadniczo typ trawienia żołądkowego, przybiera charakter jelitowy.

Wyniki badań Bołdyrewa pierwszy zastosował w klinice Volhard, podając jednocześnie metodę ilościowego określania trypsyny u człowieka [2]), Aby wywołać ściekanie soku trzustkowego do żołądka, wprowadzał Volhard przez zgłębnik naczczo 200 cm. sześciennych oliwy i po upływie pół godziny wydobywał zawartość. Dla oznaczania trypsyny posługiwał się on metodą, opartą na własności tego fermentu trawienia sernika w rozczynie alkalicznym; dodaje on później kwasu solnego i zapomocą siarkanu sodowego, podobnie jak i przy oznaczaniu pepsyny, strąca cały sernik, a w przesączu zapomocą miareczkowania oznacza nadwyżkę,

---

[1]) Die Arbeit der Verdauungsdrüsen, 1897.

[2]) Ueber die Untersuchung des Pankreassaftes beim Menschen und eine Methode der quantitativen Trypsinbestimmung. Münch. med. Wochenschrift, 1907, Nr. 9.

kwasoty, a pośrednio siłę trawienną trypsyny [1]). Volhard stwierdził w 86% przypadków działanie trypsyny. Faubel [2]) i Löhlein [3]) również znajdowali trypsynę zapomocą tejże metody i stwierdzili, że zdolność trawienna jest wprost proporcyonalna do stężenia fermentu.

Wobec znacznej już liczby prac, poświęconych badaniu fermentów w żołądku u dorosłych, niewiele względnie uczyniono w zakresie tym u niemowląt. A właśnie tutaj, być może, znaleźć można odpowiedź w wielu niejasnych jeszcze zagadnieniach, powstałych w czasach ostatnich w związku z przewrotem, jaki się w dziedzinie odżywiania niemowląt dokonywa. Pepsynę jakościowo i ilościowo oznaczano już niejednokrotnie w żołądku u niemowląt, ostatnio zaś Rosenstern [4]) i Reeve-Ramsey [5]) zastosowali do badań swoich najnowsze metody. Co się tyczy trypsyny, to wiadomo, iż znajduje się ona w trzustce płodu w postaci trypsynogenu i zyskuje własności czynne dzięki enterokinazie; ta zaś daje się wydobyć z błony śluzowej jelit u noworodka.

Obecność trypsyny stwierdził też niedawno Benfey [6]) w moczu niemowląt, aczkolwiek ferment ten znajdował tam nierównie rzadziej, aniżeli pepsynę, którą zawsze stwierdzić było można.

Aby się przekonać, o ile i w żołądku niemowlęcia może odbywać się »trawienie trypsynowe«, przeprowadziłem w kli-

---

[1]) Por. München. med. Wochenschrift, 1903, Nr. 49.

[2]) Untersuchungen über den menschlichen Bauchspeichel und das Fermentgesetz des Trypsins. Hofmeisters Beiträge, 1907, Tom 10.

[3]) Ueber die Volhardsche Methode der quantitativen Pepsin- und Trypsinbestimmung. Hofmeisters Beiträge, Tom 7.

[4]) Untersuchungen über die Pepsinsekretion des gesunden und kranken Säuglings. Berl. klin. Wochenschrift, 1908, Nr. 11.

[5]) Ueber das Vorhandensein von Pepsin im Magen des Säuglings und die Abhängigkeit seiner verdauenden Kraft von der Anwesenheit von Salzsäure. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Tom 68, 1908.

[6]) Benfey: Ueber Enzyme im Säuglingsalter. Freie Vereinigung für wissenschaftliche Pädiatrie. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Tom 67, 1908.

nice prof. Heubnera szereg badań soku żołądkowego, przytem jako »śniadania« (Oelfrühstück) Volharda używałem dwóch łyżeczek tranu rybiego, które naczczo otrzymywało dziecko, a za metodę określania trypsyny służył mi sposób, dotychczas nieogłoszony, lecz ustnie mi przez dra Fulda [1]) zakomunikowany. Metoda ta, zbliżona do ogłoszonej niedawno przez Grossa [2]), opiera się również na trawieniu sernika przez trypsynę:

Dwa gramy sernika czystego rozpuszcza się przy gotowaniu na łaźni wodnej w 200 cm. sześć. $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego. Dodawszy wody przekroplonej aż do 1,000 cm., dolewamy przy mieszaniu 150 cm. sześć. $^1/_{10}$ normalnego kwasu solnego. Rozczyn ten przesącza się i pod toluolem przechowywa w lodowni. W celu dokonania doświadczenia nalewa się do szeregu probówek soku żołądkowego, ewentualnie jego rozczynu, we wzrastających ilościach i dodaje się do każdej próby 2 cm. sześć. opisanego powyżej sernika. Probówki umieszcza się na łaźni wodnej i w ciągu dwu godzin poddaje ciepłocie 37,0°—40,0°; po wyjęciu do każdej próby dodaje się kilka kropel 1$^0/_0$ rozczynu kwasu octowego krystalicznego w 50$^0/_0$ alkoholu. Przy tej czynności powstaje w probówce zmętnienie, o ile jeszcze niestrawiony sernik znajduje się w rozczynie. Ilość trypsyny, która właśnie wystarcza, aby utrzymać rozczyn przeźroczysty, stanowi siłę trawienną trypsyny w danym rozczynie.

Początkowo dzieci otrzymywały tylko 2 łyżeczki tranu; wydobyte jednak po upływie godziny ilości soku żołądkowego były tak nieznaczne, że »śniadanie« zmodyfikowałem w ten sposób, iż naprzód dzieci otrzymywały 100 gramów herbaty, poczem po upływie pół godziny dwie łyżeczki

---

[1]) Por. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, T. 58. Też: von Bergmann i Bamberg: Zur Bedeutung des Antitrypsins im Blute. Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 30, 1908.

[2]) Die Wirksamkeit des Trypsins und eine einfache Methode der Trypsinbestimmung. Arch. für experim. Pathologie und Pharmakologie. T. 58, 1908.

| Nr. | Data | Nazwisko i wiek | Rozpoznanie | Odczyn: lakmus | Odczyn: kongo | Ilość soku nierozczynionego | Jakość i ilość rozczynu | Wynik |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | 8. II. 1908 | N. 5 miesięcy | Zanik (Atrophia) | kwaśny | ujemny | 1,0 cm.³ | 10% { 0,1 cm.³<br>0,2<br>0,3<br>0,5<br>1,0<br>2,0<br>3,0 | 0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0 |
| 2. | 22. II. | Tenże | „ | kwaśny | ujemny | 0,1<br>0,3<br>0,5<br>0,7<br>1,0 | 75% { 0,3<br>0,5<br>0,8<br>1,0 | 0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0 |
| 3. | 17. III. | Tenże | „ | kwaśny | ujemny | 1,0<br>2,0<br>2,5<br>3,0 | | 0<br>0<br>0<br>0 |

| Nr. | Data | Nazwisko i wiek | Rozpoznanie | Odczyn: lakmus | Odczyn: kongo | Ilość soku nierozczynionego | Jakość i ilość rozczynu | Wynik |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. | 11. II. | S. 7 miesięcy | Kurcz głośni (Laryngospasmus) | kwaśny | ujemny | 1,0 cm.³ | 10% 1,0<br>10% 2,0<br>10% 3,0<br>25% — 1,0<br>50% — 1,0 | 0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>opalescencya nieznaczna |
| 5. | 6. III. | Tenże | „ | kwaśny | ujemny | 1,0<br>2,0 | 50% — 4,0 cm.³ | 0<br>0<br>0 |
| 6. | 13. III. | Tenże | „ | kwaśny | ujemny | 1,0<br>1,5 | | 0<br>0 |
| 7. | 22. II. | K. 5 miesięcy | Kurcz odźwiernika (Pylorospasmus) | kwaśny | dodatni | | 10% 0,5<br>10% 1,0<br>10% 2,0<br>10% 3,0<br>10% 4,0<br>10% 5,0 | 0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8. | 16. II. | G.<br>11 miesięcy | Wyprysk<br>(Eczema) | kwaśny | ujemny | <br><br><br><br><br><br><br><br>0,1<br>0,5 | 33°/₀ { 0,3<br>0,5<br>0,8<br>1,0<br>50°/₀ { 0,2<br>0,3<br>0,5<br>0,8 | 0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0 |
| 9. | 19. II. | F.<br>1 rok | Zanik<br>(Atrophia) | kwaśny | ujemny | 0,2 cm.³<br>0,3<br>0,5<br>0,8<br>1,0<br>1,5 | 50°/₀ { 0,3<br>0,5<br>1,0<br>75°/₀ { 0,5<br>1,0 | 0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0 |
| 10. | 28. II. | W.<br>$4^1/_2$ mies. | Zdrów,<br>dziecko mamki | kwaśny | ujemny | 0,3<br>0,5<br>0,8<br>1,0 | 50°/₀ { 0,3<br>0,5<br>1,0<br>75°/₀ { 0,3<br>0,5<br>0,8<br>1,0 | 0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0 |

| Nr. | Data | Nazwisko i wiek | Rozpoznanie | Odczyn: lakmus | Odczyn: kongo | Ilość soku nierozczynionego | Jakość i ilość rozczynu | Wynik |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. | 16. III. | Tenże | Zdrów, dziecko mamki | kwaśny | dodatni | 1,0<br>2,0<br>2,5 | 50% — 2,0 cm.³<br>75% — 3,0 | 0<br>0<br>0<br>0<br>0 |
| 12. | 29. II. | L. 6 miesięcy | „ | kwaśny | dodatni | 0,3<br>0,5<br>0,8<br>1,0 cm.³<br>1,5<br>2,0<br>2,5<br>3,0<br>5,0<br>10,0 | 50% { 0,5<br>1,0<br>75% { 0,5<br>1,0 | 0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>zmętnienie nieznaczne<br>zmętnienie nieznaczne<br>zewnętrz. nieznaczne<br>zmętnienia niema<br>zmętnienia niema<br>zmętnienia niema<br>zmętnienia niema |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. | 4. III. | G.<br>10 miesięcy | Zanik<br>(Atrophia) | obojętny | ujemny | 1,0<br>2,0<br>3,0 | 50% — 2,0 cm.$^3$ | 0<br>0<br>0<br>0 |
| 14. | 15. III. | T.<br>6 miesięcy | Zdrów,<br>dziecko mamki | kwaśny | dodatni | 0,5<br>1,0<br>1,5<br>2,0<br>3,0<br>4,0<br>5,0 | 50% — 3,0 cm$^3$<br>75% — 2,0 | 0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>zmętnienia niema<br>zmętnienia niema<br>zmętnienia niema<br>zmętnienia niema |
| 15. | 19. III. | R.<br>6 miesięcy | Wcześniak | kwaśny | ujemny | 0,5<br>1,0<br>1,5<br>2,0<br>2,5<br>3,0<br>3,5<br>4,0<br>5,0 | 75% — 2,0 cm.$^3$ | 0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>0<br>niezn. opalescencya |
| 16. | 20. III. | N.<br>4 miesiące | Kiła wrodzona<br>(Lues cong) | kwaśny | ujemny | 1,0 cm.$^3$<br>1,5<br>2,0 | | 0<br>0<br>0 |

tranu, po upływie zaś następnej półgodziny treść żołądka wydobywano. Ponieważ trypsyna działa w rozczynie alkalicznym, przeto sok otrzymywany, przeważnie kwaśny, zobojętniałem zapomocą $^1/_{10}$ normalnego rozczynu ługu aż do odczynu obojętnego, lub słabo alkalicznego. Jak wykazały badania Grossa, nieznaczne wahania alkaliczności nie wywierają wpływu na siłę trawienną. Do rozczynów soku używałem fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

Jak wykazuje podana powyżej tablica, udało mi się stwierdzić obecność trypsyny stosunkowo w nader niewielu przypadkach. O ile wnosić z nich można, trypsynę w żołądku niemowlęcia stwierdzić można tylko w soku stężonym w ilościach nieznacznych; przytem przeważnie udaje się to u dzieci zdrowych, karmionych piersią. Takiż fakt odnosi się też do pepsyny (Reeve-Ramsey). Wyniki badań moich do pewnego stopnia zgadzają się z badaniami Benfeya (ob. wyżej), który również trypsynę znajdował daleko rzadziej, aniżeli pepsynę. Niedawno też na Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Kolonii podał Ibrahim [1]), że nie udało mu się stwierdzić trypsyny w żołądku niemowlęcia nawet po obfitującym w tłuszcz pokarmie; nawet po 40—50 gramach oliwy nie znalazł u dziecka rocznego trypsyny metodą Volharda.

Gdyby przez dalsze badania okazało się, iż wydzielanie się soku trzustkowego u niemowląt w istocie znacznie ustępuje wydzielaniu się tego soku u dorosłych, być może, że możnaby na tej drodze szukać jednej z przyczyn zjawiska, że tłuszcz stanowi dla niemowlęcia najszkodliwszy, najtrudniejszy do pokonania składnik pokarmowy.

---

[1]) Neuere Forschungen über die Verdauungsphysiologie des Säuglingsalters. 80-ty Zjazd lekarzy i przyrodników w Kolonii 20—26 września 1908, por. sprawozdanie w Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 41, 1908.

# Sześć tasiemców przewierconych u dziecka.

Podał

**W. Królikowski,**

lekarz Warszawskiego szpitala dla dzieci.

Dnia 16 czerwca roku zeszłego zostałem wezwany do dziecka 9-letniego, Edwarda L., który od roku z górą uskarżał się na częste bóle i zawroty głowy, brak łaknienia (właściwie smaku, gdyż jadał dużo, a tylko jedzenie nie smakowało mu), na zbytnie zmęczenie i na »mizerność«.

Chłopiec wzrostu średniego, o budowie kośćca prawidłowej. Skóra i błony śluzowe niedokrwiste. W narządach wewnętrznych wyraźnych zmian chorobowych niema. Uskarża się na bole w dołku, mdłości, jakie go często nawiedzały, i wymioty, powtarzające się kilka razy do roku. Brzuch nieco wzdęty.

Podczas wywiadów chłopiec mówił, że ma wstręt do mleka, po którem zbiera mu się na wymioty; lubi słodycze. Chłopiec jest źle odżywiony, mięśnie wiotkie, tkanka tłuszczowa rozwinięta miernie. Ogólny stan i usposobienie psychiczne zadowalniające, chłopiec wesół, rozwinięty umysłowo, zdolny.

Dalej okazało się, że nie lubi wysmażonego mięsa, zajada się surowem. W domu trzymają psa, z którym chłopiec stale obcuje, nawet sypia.

Wszystko to naprowadziło na myśl, czy nie mamy tu do czynienia z robakami jelitowymi. Przeglądając wypróżnienia, znaleziono w nich podejrzane białe kawałki, które po zbadaniu okazały się członkami (proglottides) tasiemca przewierconego (taenia saginata s. mediocanellata).

Po podaniu odpowiednich środków dnia następnego otrzymaliśmy z wypróżnień sześć tasiemców wraz z szyjkami i główkami o długości ogółem około 40 łokci, wagi około pół funta. Z sześciu tych okazów jeden miał długość 15 łokci. Wszystkie sześć należały do rodzaju tasiemca przewierconego.

Tegoż dnia chłopiec był nieco osłabiony, następnego zaś dnia nastąpił powrót do zdrowia, wstręt do mleka minął, a po dwóch tygodniach nawet niedokrwistość dotychczasowa bez podawania środków lekarskich przeszła bez śladu; apetyt zwiększył się znacznie, a obecnie rok minął, jak chory nie uskarża się ani na mdłości, ani na bole głowy, ani wymioty.

Przypadek ten jest ciekawy z tego względu, że obecność kilku wspomnianych pasorzytów jednocześnie jest stosunkowo rzeczą rzadką, a u dzieci o znajdowaniu większej ilości naraz w piśmiennictwie naszem wzmianki niema.

Dirksen (D. m. W. 1903) wspomina o podobnym przypadku uwolnienia pewnego marynarza od dwunastu naraz pasorzytów. Tasiemce ogółem miały długości 60 metrów, wagi 275 gramów; chodziło o *t. solium*. Badając krew chorego przed leczeniem, D. stwierdził poikilocytozę, polichromatofilię, nieliczne normoblasty, brak megaloblastów, a białe ciałka krwi w ilości 5000; czerwone — 906,250. Po dwóch tygodniach, od czasu usunięcia tasiemców, ilość czerwonych ciałek wzmogła się do 2.600,000, a w 5 tygodni doszła do 3.249,000. Po roku D. widział pacyenta zdrowego.

Co do leczenia mojego chorego, to polegało ono na wypiciu rano pół szklanki kawy czarnej z dodatkiem małej ilości mleka, poczem w 10 minut zażył chory 10 pigułek: *Extr. filic. maris aeth.; pulv. r. fil. maris aā 4,0; m. pil. N. 30.* Ds. Po 10 pigułek co 15 minut. Po podaniu wszystkich pigułek, w kwadrans — pastylki rzewniowe, poczem w pół godziny nastąpił skutek.

Ze szpitala Anny Maryi dla dzieci w Łodzi. Lekarz naczelny dr Brudziński.
Z oddziału chirurgicznego dr Wattena.

# Przyczynek do rozpoznawania i leczenia nowotworów pęcherza moczowego u dzieci.

Podał

Dr. A. Tomaszewski,

ordynator oddziału chirurgiczno-ortopedycznego.

Nowotwory pęcherza moczowego w ogóle były uważane dawniej za rzadkość tak, że Gurlt, podając w r. 1876 statystykę z 3 szpitali wiedeńskich, podaje liczbę nowotworów pęcherza wśród ogólnej liczby nowotworów 16,637 na 66, co stanowi 0,39%. Liczba operowanych przypadków wynosiła do roku 1874 — 11. Nie ulega chyba wątpliwości, że nowotwory pęcherza moczowego zdarzały się dawniej równie często, jak dziś, i jeżeli pierwsze wskazówki co do tej choroby znajdujemy stosunkowo w bardzo późnym okresie historyi medycyny (Civiale na początku XIX stul.) to jest to najlepszym dowodem, że dawniej nie umiano należycie rozpoznawać tej choroby i obawiano się usuwać nowotwory z pęcherza.

Nie mogę rozwodzić się tu nad przebiegiem rozwoju naszych wiadomości o tej chorobie, które od czasu, gdy stanęły na naukowej anatomo-patologicznej podstawie, szybko rozwijać się poczęły; nie wchodzi to w zakres mej obecnej pracy. Muszę jednak wspomnieć o nieoszacowanych zasługach na tem polu Billrotha, który wywalczył prawo obywatelstwa chirurgicznym zabiegom w tej chorobie swoją

operacyą, dokonaną w 1874 r. na 12-letnim chłopcu zapomocą cięcia nadłonowego z powodu mięśniaka pęcherza, jak również Thompsona, Volkmana i Guyona, którzy swemi pracami znakomicie przyczynili się do należytego wyświetlenia istoty tej choroby i udzielili bardzo cennych wskazań leczniczych, a w końcu Dittela i Nitzego, którzy wynalezieniem i wprowadzeniem cystokopii znacznie ułatwili rozpoznanie nowotworów pęcherza.

Obecnie ilość prac i opisanych przypadków w tej dziedzinie jest wielka, ale przeważnie wszystkie te prace tyczą się nowotworów pęcherza u osób dorosłych; tymczasem rzecz cała inaczej się przedstawia u dzieci, u których nowotwory pęcherza są bardzo rzadkie. Fritsch (na Zjeździe urologicznym w Wiedniu w 1907 r.) na 300 operowanych przypadków w ciągu lat 20 spostrzegał u dzieci tylko 3 przypadki, mianowicie: gruczolak u 13-letniej dziewczynki, włókniak u 9-letniej i mięsak u 11-letniego chłopca. Albarran na 252 przypadki nowotworów pęcherza napotkał tylko 6 u dzieci do lat 10 i 3 od lat 10 do 20.

Liczba opisanych spostrzeżeń nowotworów pęcherza w wieku dziecięcym jest bardzo niewielka i jeżeli jeszcze zważyć, że w wielu przypadkach nie uwzględniono strony anatomo-patologicznej, to każdy nowy przypadek z tej dziedziny zasługuje na uwzględnienie. Wychodząc z tego założenia, postanowiłem opisać dwa przypadki nowotworów pęcherza u dzieci, leczone i operowane na oddziale chirurgicznym w szpitalu Anny Maryi w Łodzi i na zasadzie własnej obserwacyi, oraz na podstawie prac innych autorów odtworzyć obraz kliniczny tej choroby, przytoczyć dane statystyczne co do rodzaju spotykanych nowotworów, wyniku czynionych zabiegów i wieku, w jakim zdarzają się te nowotwory u dzieci, oraz omówić sposób leczenia.

Przypadek I.

St. R., chłopiec lat 4, przyjęty został do szpitala 11. II. 1907 r. Pochodzi z rodziny, w której babka umarła na gruźlicę płuc, a z najbliższego rodzeństwa umarło 5, z tych jedno w roku

zeszłym w szpitalu na gruźlicze zapalenie opon mózgowych. Zakaźnych chorób żadnych nie przechodził. Od 4 tygodni zaczął skarżyć się na ból przy oddawaniu moczu. Mocz oddawał bardzo często. Żadnego owrzodzenia, ani obrzęku członka rodzice nie zauważyli. Od 2 tygodni chory zupełnie nie może powstrzymać moczu. W dzień wesoły, bawi się, w nocy nie śpi i skarży się na ból członka. Nie gorączkuje, nie kaszle. Budowa drobna, odżywienie dobre. Na kośćcu wybitne zmiany krzywicze, kwadratowa czaszka, różaniec na żebrach, kończyny dolne wygięte w kształcie litery O, nasady kości długich zgrubiałe. Nad szczytem płuca prawego oddech wydłużony z charakterem oskrzelowym, rzężenia dźwięczne. Serce, oraz narządy jamy brzusznej zmian nie wykazują.

Napletek w stanie zapalnym, skóra na mosznie mocno zaczerwieniona. Mocz spływa kroplami, jednakże na żądanie, a w większym jeszcze stopniu przy sugestyjnem laniu wody do miednicy, chłopiec może oddać samoistnie 6—8 cm. moczu.

Początkowo przyjęty na oddział wewnętrzny Dra Brudzińskiego, przeleżał tam chory 8 dni. Na szósty dzień pobytu wraz z moczem oddał kawałek tkanki miękkiej, wielkości fasolki, przypominającej polip błony śluzowej. Zaraz potem mocz był zabarwiony krwią.

20. II. Chory został przeniesiony na oddział chirurgiczny Dra Wattena.

Przy badaniu przez odbytnicę w okolicy pęcherza dawał się czuć guz miękki, wielkości jaja. Brzuch był mocno wzdęty. Stłumienie nad pęcherzem nie dochodziło na 2 cm. do pępka. Cewnikiem, który udało się wprowadzić zupełnie swobodnie, wydobyto około 55 cm. sześć. moczu. Oddziaływanie moczu było obojętne. Białka dużo. Badanie drobnowidowe wykryło obecność komórek pęcherzowych i ogoniastych miedniczkowych, całych i rozpadłych ciałek ropnych i licznych krwinek czerwonych, jakoteż obecność szczawianów i moczanów.

21. II. Mocz spływa kroplami. Przy oddawaniu stolca chory skarży się na bóle. C. 38,5°. T. 130. Zastosowano w dalszym ciągu — jak na oddziale wewnętrznym — płukanie 3-proc. kw. borowym i utropinę 4 razy dz. po 0,3.

22. II. T. 130. C. 38,5°. Skarży się na bóle w końcu członka.

23. II. T. 110. C. 37,5°. Mocz spływa kroplami.

24. II. Stan ten sam. T. 100. C. 37°.

25. II. T. 110. C· 37,5°.

26. II. W uśpieniu eterowem poddano dziecko operacyi (Dr. Watten), mianowicie wykonano cięcie nadłonowe (sectio alta) wzdłuż linii białej. Okazało się, że nowotwór o powierzchni kalafiorowatej zajmował przednią ścianę pęcherza, był z nią ściśle zrośnięty i miejscami znajdował się w stanie rozpadu. Usunięto rozpadające się masy, wycięto przednią ścianę pęcherza, założono sączek i, nie nakładając żadnych szwów, zrobiono opatrunek.

przeciwgnilny. Przez cewkę przeprowadzono cewnik. Wieczorem po operacyi dziecko senne, tętno słabe i częste. Wstrzyknięto oliwę kamforową (1:10).

27. II. T. 110. C. 37,5°. Kamfora wewnętrznie. Płukanie i zmiana opatrunku.

28. II. Tętno 120, nitkowate; ciepł. 38°.

1. III. Śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało oprócz nowotworu pęcherza przerost ścian i ropne zapalenie pęcherza; moczowody rozszerzone; nerki znacznie powiększone, torebka zdziera się łatwo; na przekroju istota korowa barwy żółtawej, rozszerzona (przewlekłe miąższowe zapalenie nerek); gruźlica gruczołów chłonnych w jamie brzusznej, ostry miąższowy przerost śledziony, zmętnienie miąższowe wątroby i gruźlica płuc.

Badanie drobnowidowe kawałków guza oddzielonych od ściany pęcherza stwierdziło, że składają się one z tkanki, zawierającej obfitą ilość komórek, których kształt jest bardzo rozmaity: jedne z nich są okrągłe, inne owalne, inne wreszcie gwiaździste; te ostatnie przeważają. Komórki o budowie gwiaździstej nie przylegają szczelnie jedne do drugich, lecz w wielu miejscach łączą się z sobą przez wypustki protoplazmatyczne; w innych miejscach są zupełnie pooddzielane jedne od drugich. Pomiędzy temi komórkami widać bezkształtną szklistą masę, która barwi się tak, jak substancya międzykomórkowa w śluzako-mięsakach. Komórki okrągłe i owalne są bardzo niejednolitej budowy: jądra ich są rozmaitych kształtów, rozmaitej wielkości i zawierają bardzo rozmaitą ilość chromatyny. Powierzchnia guzów w niektórych miejscach pokryta jest nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, po większej części jednak jest obnażona. Rozpoznanie: śluzako-mięsak (myxosarcoma).

Część guza zrośnięta ze ścianą pęcherza ma bardzo podobną budowę, a cała różnica polega na tem, iż ilość komórek gwiaździstych jest bardzo mała, a przeważają natomiast komórki okrągłe i wrzecionowate. Istota międzykomórkowa jest włóknista. Miejsca więc te budową swoją stoją najbliżej włókniakomięsaków (fibrosarcoma). Unaczynienie guza jest silne. Prócz rozszerzonych naczyń widać wylewy krwawe.

Prócz tego widać w ścianach pęcherza objawy przewlekłego w wielu miejscach obostrzonego zapalenia, które wyraża się przez nagromadzenie się wielojądrzastych leukocytów, ogniska martwicy i włóknikowe naloty na powierzchni guza. Miejsca, wskazujące na zapalenia przewlekłe, znamionują się przerostem tkanki łącznej i odsznurowaniem od powierzchni wysepek nabłonkowych.

Na podstawie tych obrazów dochodzimy do wniosku, że w pęcherzu rozwinął się nowotwór złośliwy, śluzako-włókniakomięsak (fibromyxosarcoma), który ulegając rozpadowi, lub też wstrzymując mocz, wywołał ropne, a nawet włóknikowe zapalenie pęcherza. Zapalenie to, szerząc się po moczowodach, prze-

szło na nerki i wywołało tam drobne ropnie, usadowione głównie dokoła kanalików prostych, gdzieniegdzie i krętych. Prócz tego cała nerka jest w stanie przewlekłego miąższowego zapalenia.

Przypadek II.

Edmund W., chłopiec 3-letni, przyjęty został 10 lipca. Dziedzicznie nieobciążony; przechodził odrę i płonicę. Oddaje się samogwałtowi. Od 7 tygodni mocz odchodzi ciągle kroplami. Skarży się chory na bóle w członku. Stan ogólny dobry, budowa prawidłowa, odżywienie mierne. Kościec prawidłowy. Narządy klatki piersiowej oraz jamy brzusznej zmian nie wykazują. Prącie duże, łatwo następuje naprężenie. Cewnikiem metalowym wyczuwa się w pęcherzu twardawe ciało. Przy obmacywaniu pęcherza przez powłoki brzuszne wyczuwa się guz o nierównej powierzchni.

Badanie przez odbytnicę wykazuje również obecność okrągłego twardawego guza.

Mocz bez białka. W osadzie komórki pęcherzowe, nieznaczna ilość ciałek ropnych, moczany i szczawiany.

17. VII. Dr Watten wykonał operacyę cięciem nadłonowem. Po otworzeniu pęcherza okazał się guz kalafiorowaty, wielkości jaja, o tkance białawej, usadowiony w pobliżu ujścia wewnętrznego cewki. Guz wycięto. Pęcherz niezupełnie zaszyto. Ranę osączkowano. Nałożono opatrunek przeciwgnilny, a do cewki wprowadzono cewnik na stałe.

18. VII. Opatrunek powierzchowny. C. 38,5°.

19—22. VII. Stan chorego zadowalniający. Powierzchowne opatrunki codziennie. Mocz wydziela się przez cewnik i sączki.

23. VII. W ranie pozostawiono jeden sączek. Zapalenie pęcherza. Przepłukiwanie 3% kw. bor. Urotropina wewnętrznie.

1. VIII. Wyjęto sączek, pozostawiając cewnik. Przepłukiwania w dalszym ciągu. C. nie dochodzi do 37°.

2—14. VIII. Stan ten sam. Rana nie zarasta i przy krzyku chorego wydziela się przez nią mocz. Waga 12.200.

15—24. VIII. C. wieczorami dochodzi do 38°. Chory stracił na wadze 200 gr. Mocz ciągle mętny i zawiera dużo ciałek ropnych i komórek płaskich i wałeczkowatych.

27. VIII. C. 40°. Chory coraz słabszy. Wyciągnął sobie cewnik. Mocz wydziela się przez cewkę i ranę. Założono znowu cewnik.

28. VIII. Przy skombinowanem badaniu przez odbytnicę i powłoki brzuszne wyczuwa się guz wielkości gołębiego jaja. Płukanie azotanem srebrowym (1:4000) i urotropina wewnętrznie w dalszym ciągu.

29—31. VIII. Wieczorami ciepłota 39°.

5. IX. Chory blady, stracił na wadze przez ostatnie dwa tygodnie 600 gr.; waży 11.600 gr. Apetytu nie ma.

6. IX. Na żądanie rodziców chory został wypuszczony do domu.

Badanie drobnowidowe wyciętego guza wykazało, że nowotwór jest mięsakiem. Jak widać z historyi choroby w krótkim czasie nastąpił nawrót nowotworu, który wraz z zapaleniem pęcherza wywołał stopniowy zanik sił i wycieńczenie chorego.

Opisane przezemnie przypadki nie różnią się niczem pod względem klinicznym od podobnych przypadków innych autorów. W piśmiennictwie udało mi się wyszukać 79 przypadków, co razem z moimi i przypadkiem śluzaka u 4-letniego chłopca, opisanym przez Dra Majewskiego, oraz nowotworem nieokreślonym ściśle, przypuszczalnie śluzakiem, opisanym przez Dra Poznańskiego, stanowi 83 przypadki nowotworów pęcherza u dzieci.

Jeżeli teraz ułożymy tabliczkę co do płci i wieku, w jakim zdarzają się nowotwory u dzieci, to przedstawi się ona w następujący sposób:

| Lata | Chłopcy | Dziewczęta | Razem |
|---|---|---|---|
| do roku | — | 1 | 1 |
| 1—2 | 7 | 4 | 11 |
| 2—3 | 5 | 4 | 9 |
| 3—4 | 11 | 6 | 17 |
| 4—5 | 3 | 5 | 13 |
| 5—6 | 4 | 4 | 8 |
| 6—7 | 3 | — | 3 |
| 7—8 | 3 | 1 | 4 |
| 8—9 | 1 | — | 1 |
| 9—10 | 3 | 1 | 4 |
| 10—11 | 1 | — | 1 |
| 11—12 | — | — | — |
| 12—13 | 4 | — | 4 |
| 13—14 | 1 | — | 1 |

W sześciu przypadkach wiek nie był wskazany.

Jak widać z przytoczonej tabliczki, nowotwory pęche-

rza zdarzają się u chłopców dwa razy częściej, niż u dziewcząt, bo 51 razy na 26. Lwia część tych nowotworów przypada na wiek od roku do lat 6 włącznie, u niemowląt jeden tylko przypadek polipa śluzowego, stwierdzony przypadkowo na stole sekcyjnym, opisał Wickel.

Co do charakteru nowotworów, to zebrane przez nas przypadki przedstawiają się statystycznie w sposób następujący: mięsaków 30, śluzaków 24, śluzako-mięsaków 4, włókniako-mięsaków 8, mięsaków limfatycznych 1, mięśniako-mięsaków 1, włókniako-śluzaków 1, brodawczaków 2, włókniako-mięśniaków 1, włókniako-mięśniaków prążkowano-komórkowych 2, włókniako-gruczolak 1, włókniaków obrzękowych 2 i torbielaki 2. W 3 przypadkach rodzaju nowotworu nie podano.

Nowotwory pęcherza, jak wiadomo, dzielą się na pierwotne samego pęcherza, wtórne, powstające w sąsiednich narządach, przechodzące na pęcherz, i przerzutowe, pochodzące z narządów odległych. Nowotworów wtórnych, które u mężczyzn i kobiet zdarzają się często, u pierwszych przechodząc z gruczołu krokowego na pęcherz, a u drugich z jajników, u dzieci nie spostrzegano. Tak samo nie spostrzegano nowotworów przerzutowych, które zresztą u osób starszych należą do bardzo rzadkich. Podług najracyonalniejszej, zdaniem naszem, klasyfikacyi Küstera, wszystkie nowotwory pęcherza dzielą się na 3 grupy: do pierwszej zalicza on nowotwory, pochodzące z błony śluzowej i podśluzowej, jako to: brodawczaki, śluzaki i mięsaki; do drugiej pochodzące z tkanki mięśniowej — mięśniaki, a do trzeciej nowotwory, pochodzące z nabłonka i bardzo nielicznych gruczołków pęcherza, jako to: gruczolaki, nabłoniaki i torbielaki. U dzieci przeważnie zdarzają się nowotwory, należące do grupy pierwszej; 70 na 79. Nabłoniaków nie spotykano wcale. Jeżeli zaś praktycznie dla uproszczenia i ze względu na mieszane pochodzenie nowotworów pęcherza podzielimy je na złośliwe i łagodne, zaliczając do pierwszej kategoryi nowotwory o przebiegu ciężkim i koń-

czącym się śmiercią, to musimy do tej pierwszej kategoryi zaliczyć prawie wszystkie nowotwory u dzieci. Natomiast u osób dorosłych nowotwory łagodne zdarzają się częściej, niż złośliwe. Z 222 nowotworów dokładnie zbadanych przez Nitzego, 141 przypada na brodawczaki. Z pewną słusznością twierdzi Fenwick, że u dzieci zdarzają się tylko nowotwory złośliwe i nie nadające się do leczenia operacyjnego.

Muszę jednak zastrzedz się, że dzieląc nowotwory na złośliwe i łagodne, miałem na względzie nietylko histologiczną budowę, ale i miejsce i sposób usadowienia się ich w pęcherzu. Od pierwszej bowiem przyczyny będą zależały szybki wzrost, wcześniejsze przejście na sąsiednie narządy, szybkość rozpadu i nawrotu, od drugiej zaś, t. j. od miejsca — to, że nowotwór sam przez się łagodny, jak brodawczak lub mięśniak, zakrywając ujście moczowodów i ujście pęcherza, może w krótkim czasie wywołać poważne zaburzenia w sąsiednich narządach, przeważnie nerkach, i sprowadzić śmierć. Oprócz tego nadmienić muszę, że i nowotwory łagodne dają często nawroty. Śluzaki, które zdarzają się u dzieci często (24 na ogólną liczbę 82) ze względu na swój złośliwy przebieg, szybkość nawrotu po operacyjnem ich usunięciu, bezwarunkowo powinny być zaliczone do nowotworów złośliwych, jak to czynią Fenwick i Albarran, którzy uważają je za przechodnią postać mięsaków.

Z ogólnej liczby 83 przypadków 75 zakończyło się śmiercią, w 3 wynik nie podany, a i z tych pozostałych pięciu za zupełnie wyleczone należy uważać tylko 4, mianowicie: przypadek, podany przez Gussenbauera, a operowany przez Billrotha z powodu mięśniaka u 12-letniego chłopca, przypadek włókniako-gruczolaka u 9-letniej dziewczynki, operowany przez Fritscha, przypadek polipowatego mięsaka u 10-letniej dziewczynki, opisany przez Kleina, przypadek włókniako-śluzaka u 3-letniego chłopca, opisany i operowany przez Rumpla. Piąty przypadek, dotyczący naszego 3-letniego E. W., który nie zakończył się śmiercią

u nas w szpitalu, napewno można uważać za stracony z powodu stwierdzonego nawrotu.

Operacyę mniej lub więcej doszczętną wykonano w 38 przypadkach na ogólną liczbę 83. Nieoperowane wszystkie zakończyły się śmiercią.

Przyczyny tak smutnych wyników szukać należy przedewszystkiem w tem, że chodzi tu zwykle o nowotwory złośliwe. Pomyślnego wyniku należałoby oczekiwać jedynie od zupełnego usunięcia pęcherza, jak dotychczas jednak z całkowitych wyłuszczeń pęcherza jeden tylko przypadek Pawlika (Wilms. Totale Blasenextirpation infolge Carcinoms. 1906 Leipzig), przedstawiony na berlińskim Zjeździe w r. 1890, uwieńczony został pożądanym skutkiem i to u dorosłej kobiety. Moczowody wszyto i umocowano w pochwie.

Nowotwory pęcherza u dzieci usadawiają się przeważnie na dnie około ujścia moczowodów i otworu wewnętrznego cewki, lub też na przedniej ścianie w dolnej części pęcherza, przyczem zawsze prawie wychodzą z warstwy śluzowej, gdy natomiast u dorosłych z nabłonkowej. Nowotwory łagodne zwykle siedzą na szypule, a złośliwe mają szeroką podstawę i bywają ściśle zrośnięte ze ścianą, z której wychodzą.

Liczba nowotworów, znajdowanych w pęcherzu, bywa rozmaita. Często natrafiamy na jeden nowotwór, czasami znów na kilka. Z początku zwykle pojawia się jeden. Nabłoniaki, z wyjątkiem nabłoniaków kosmkowych, gruczolaki, mięsaki i mięśniaki w dalszym swym przebiegu powiększają się tylko co do rozmiarów, ale pozostają pojedyncze, tymczasem brodawczaki kosmkowe i śluzaki prędko rozmnażają się; niekiedy cała wewnętrzna powierzchnia pęcherza bywa usiana mniejszymi lub większymi guzami.

Rozmiary spotykanych nowotworów bywają również rozmaite, poczynając od wielkości grochu aż do wielkości pięści dorosłego człowieka.

Co się tyczy przeradzania się jednego rodzaju nowotworów w drugi — łagodnych w złośliwe, to ma się to

rzeczywiście zdarzać według badań Rokitanskyego, Winklera i innych.

Przerzutów nowotwory pęcherza u dzieci zwykle nie tworzą. Znany w piśmiennictwie jest tylko jeden przypadek Chiariego. Trwając czas dłuższy, podlegają nowotwory zmianom, mianowicie następują w nich mniejsze lub większe wybroczyny, które wiodą do owrzodzeń i martwicy i odrywania się mas nowotworowych. Zmartwiałe cząstki wychodzą niekiedy z moczem, jak to było w naszym pierwszym przypadku. Czasami, i to w cięższych przypadkach, jak np. w przypadku Poznańskiego, odkładają się na nowotworach sole, co może nieraz dać powód do omyłki w rozpoznaniu. Zwykle rozwija się zapalenie pęcherza, nawet w przypadkach, gdzie nie cewnikowano. Ściany pęcherza znajdujemy w stanie przerostu. Wskutek ucisku, jaki wywiera rozrastający się nowotwór na dolny koniec moczowodu, moczowód, jak również odpowiednia miedniczka nerkowa, ulegają rozszerzeniu. Czasami znów, wskutek zupełnego zamknięcia ujścia moczowodu, powstaje wodonercze, które przybiera niekiedy takie rozmiary, że wywołuje przez ucisk na żyły krezkowe puchlinę brzuszną i rozszerzenie żył na powłokach brzusznych, jak w wyżej przytoczonym przypadku Chiariego. Bardzo często w sprawę chorobową bywają wciągane i nerki. Rozwija się wtedy zapalenie miedniczek i nerek, ropne zapalenie nerek, lub też, jak w naszym przypadku, ropnie w nerkach. W przypadku Coopera-Forstera ropień nerki pękł i wywołał ropne zapalenie otrzewnej.

Krwotoki w przebiegu nowotworów u dzieci w przeciwieństwie do osób starszych zdarzają się wyjątkowo. Zwykle sprawa zaczyna się od dolegliwości przy oddawaniu moczu: parcia, zatrzymywania się moczu i bolów w prąciu.

Na podstawie naszych obu przypadków i na podstawie opisu innych autorów obraz kliniczny przedstawić można w następujący sposób: Dziecko zaczyna uczuwać często parcie na mocz, ale moczu oddaje za każdym razem niewiele. Z biegiem czasu parcie staje się coraz częstsze, a ilość

oddawanego moczu coraz mniejsza; trzeba uciekać się do pomocy cewnika.

Charakterystyczną cechą jest to, że ilość moczu, wypuszczanego cewnikiem, zwykle bywa bardzo mała, choć zdawaćby się mogło na zasadzie wysokiego stłumienia nad spojeniem łonowem, że pęcherz cały przepełniony jest moczem.

Po kilkakrotnem wprowadzeniu cewnika następuje pewne polepszenie; dziecko może samo oddawać mocz. Polepszenie jednak jest złudne i krótkotrwałe. Już po kilku dniach dolegliwości poprzednie powracają z podwójną siłą. Dochodzi do kroplomoczu lub zupełnego zatrzymania moczu. Mocz bywa mętny, czasami cuchnący; czasami razem z moczem wyjdzie kawałek obumarłej tkanki. Dziecko skarży się na silne bóle w dolnej połowie brzucha i prąciu, chwyta się często za prącie, chudnie coraz więcej i zaczyna gorączkować. W moczu znajdujemy wtedy zwykle nieco białka, bardzo dużo ciałek ropnych, nabłonki pęcherzowe i nerkowe, oraz niewielką ilość krwinek. Przy szybkim upadku sił następuje śmierć, mniej więcej w 3 miesiące od pierwszych objawów choroby wskutek zapalenia miedniczek i nerek lub mocznicy.

U dziewcząt bardzo często nowotwór wystaje przez cewkę na zewnątrz. Jeżeli zwrócimy uwagę na protokóły sekcyjne, to stwierdzimy, że nowotwory pęcherza tak u chłopców, jak i u dziewcząt, bez względu na to, skąd wychodzą, sięgają zwykle do otworu wewnętrznego cewki, co nam objaśnia objawy tej choroby, jak również i chwilowe polepszenie po cewnikowaniu.

Rozpoznanie nowotworu pęcherza wskutek wysokiego położenia pęcherza moczowego u dzieci jest dosyć łatwe, ale koniecznie trzeba zastosować skombinowane badanie przez odbytnicę i powłoki brzuszne. Jeżeli dziecko zbyt silnie napina powłoki brzuszne, badać należy w uśpieniu; wtedy zawsze zdołamy wyczuć nowotwór i zdać sobie sprawę z jego usadowienia. Najważniejszym jednak środ-

kiem rozpoznawczym jest cystoskopia, która i u dzieci znajduje obecnie coraz szersze zastosowanie. Cystoskopować dzieci można tylko w uśpieniu. Zwracać również należy uwagę na szczegółowe zbadanie moczu, który czasem, choć bardzo rzadko, zawiera cząstki nowotworu. Woń moczu u dzieci w razie rozpadu złośliwych nowotworów nie jest tak swoista, jak u dorosłych. Wprowadzanie zgłębnika w celach rozpoznawczych może być dopuszczone, ale z zachowaniem wszelkich zasad aseptyki.

## Piśmiennictwo.

1) Hüster. Beiträge zur Lehre von den Harnblasengeschwülsten im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheikunde. 1905.
2) Steffen. Die Geschwülste im Kindersalter. Stuttgard 1905.
3) Posner. Blasengeschwülste. Deutsche Klinik X.
4) Steinmetz. Beiträge zur Kazuistik und Statistik der primären Geschwülste der Harnblase im Kindesalter. D. Z. f. Chir. Bd. 39.
5) — Handbuch der praktischen Chirurgie von Bergmann und Bruns. Dritte Auflage 1907. Bd. 4.
6) Thompson. Ueber die Classification der Blasentumoren. Wien. med. Presse 1890. Nr. 39.
7) Albarran. Les tumeurs de la vessie. Paris 1892.
8) Wilms. Mischgeschwülste der Blase. Leipzig 1902.
9) Majewski. Przypadek śluzaka w pęcherzu moczowym. Kronika lek. Nr. 6. 1900.
10) Poznański. Przypadek nowotworu pęcherza u dziecka 4-letniego. Medycyna, 1889.
11) Fritsch. Bericht über 300 operirte Blasentumoren. Wien. klin. Woch. Nr. 40, 1907.
12) Müller. Die Mischgeschwülste der Blase im Kindesalter. Leipzig 1904
13) Modliński. Nowoobrazowanja moczewowo puzyria. Moskwa.
14) Monti. Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane bei Kindern. Wiener Klinik 1902.
15) Beard. Embryol. der Geschwülste. Centralblatt f. allgem. Pathologie und path. Anatomie. 1903. Heft 13.
16) Kaufmann. Spec. path. Anat. Berlin, 3 Aufl. 1904.

17) Fenwick. Sarcoma of the urinary bladder. Pathol. Transaction Nr. 39.
18) Treplin. Ueber die Resultate der chirurg. Behandl. der Blasentumoren.
19) Leżniew. Leczenje nowoobrazowanij moczewowo puzyria. Rusk. Wracz 47 i 48. 1908.
20) Jäger. Ueber einen Fall von Sarkom der Harnblase. Inaug. Dissert. München.
21) Keydel. Statistische Beurteilung der chirurg. Behandlung der Blasengeschwülste. Zentrbl. f. die Harnkrankheit. Bd. 17. H. 6.
22) Biny Robert. Ein Fall von Lymphosarkom im Kindersalter. Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 44, 1906.
23) Rumpel. Ueber kindliche Blasentumoren. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 43, 1908.
24) Fritsch. Ein Fall von Fibroadenom der Harnblase. Wiener mediz. Woch. 1894.
25) Klein. Wiener med. Woch. 1894. Nr. 27 i 28.

Ze szpitala Anny Maryi dla dzieci w Łodzi. Lekarz naczelny dr Brudziński.
Z oddziału chirurgicznego dr Wattena.

# Leczenie przepuklin u dzieci.

Podał

**A. Tereszkowicz.**

Z liczby 410 operacyi, wykonanych w szpitalu Anny-Maryi dla dzieci w przeciągu 1906—07 r., operacyi doszczętnego usunięcia przepuklin pachwinowych było 40 (na 58 operacyi brzusznych). Jeśli zważyć, iż w dzienniku operacyjnym zapisywane są takie przypadki, jak opatrunki gipsowe przy zapaleniu stawu biodrowego i t. p. chorobach kości, to liczba operacyi przepuklin, a mianowicie 40 jest dość wysoka, tem więcej, że materyał oddziału chirurgicznego szpitala dla dzieci jest bardzo jednostajny, — gruźlica kości stanowi przeważającą odsetkę chirurgicznych chorób dzieci.

Okoliczność, że w piśmiennictwie polskiem nie znalazłem prac, poświęconych wyłącznie statystyce operacyi przepuklin u dzieci, skłoniła mnie do zestawienia operowanych w szpitalu przypadków; sądzę, że zestawienie tego rodzaju zaciekawić może zarówno pedyatrę, jak i chirurga.

Na oddziale chirurgicznym szpitala we wspomnianym okresie umieszczono 44 dzieci z przepukliną pachwinową; z tej liczby operowano tylko 40. Z 4 nieoperowanych, dwoje wypisano na żądanie rodziców, jedno wypisano bez operacyi z powodu ogólnego osłabienia, jedno, przyjęte, jak się okazało, w okresie wylęgania ospy, przeniesiono wkrótce do baraku ospowego.

Z ogólnej liczby 44 przypadków przepuklin, wrodzonych było 11 czyli 25%, — nabytych w pierwszym roku życia 20 czyli 45%, pozostałe nabyto w okresie od 2 do 8 lat życia. Zarzecki w swojej statystyce podaje odsetkę przypadków przepukliny wrodzonej na 11%, Mysz zaś odróżnienie przepukliny wrodzonej od nabytej uważa za rzecz trudną.

Wiek dzieci dotkniętych przepukliną pachwinową w przypadkach naszych, był następujący:

| | |
|---|---|
| od 5 tyg. do 1 r. —2 | w wieku do 8 lat —2 |
| w wieku do 2 lat —7 | » » 9 » —4 |
| » » 3 » —7 | » » 10 » —2 |
| » » 4 » —4 | » » 11 » —1 |
| » » 5 » —5 | » » 12 » —1 |
| » » 6 » —2 | » » 13 » —0 |
| » » 7 » —5 | » » 13 » —2 |

Największa odsetka, a mianowicie 61, przypada na dzieci w wieku do lat sześciu.

Z liczby 44 dzieci chłopców było 41, dziewczynek zaś 3, co stanowi stosunek zbliżony do liczby, podanej w statystyce Malgaignea — 10:1.

Stwierdzony jest fakt, że po prawej stronie przepukliny zdarzają się częściej, niż po lewej. Wernher upatruje w tem związek z opóźnionem opuszczaniem się prawego jądra.

W naszych przypadkach stosunek ten był następujący:

| Hernia dextra | Hernia sinistra | Hernia bilat. |
|---|---|---|
| 21 | 19 | 4 |

Dext. : sin. = 19 : 16 (do 6 lat)

Dext. : sin. = 6 : 7 (od 6 lat)

Wszystkie 4 przypadki obustronnej przepukliny były u dzieci w wieku do 6 lat.

Zgadza się to w zupełności ze zdaniem, wypowiedzianem przez Malgaignea, że u dzieci do lat 6 częstsze są

przepukliny po stronie prawej; u dzieci starszych różnica ta się zatraca. Zarzecki w swej statystyce doszedł do wniosku, że prawostronne przepukliny spotyka się 2—3 razy częściej, niż lewostronne. Ponieważ jednak statystyka Zarzeckiego nie dotyczy wyłącznie dzieci, liczby jego nie dają w tym względzie miary.

Jak wyżej powiedziałem, operowano 40 dzieci. Przedewszystkiem należy nam się zastanowić nad pytaniem, jak ustrój dziecka oddziaływa na sam zabieg operacyjny Tu należy rozpatrzyć 2 kategorye przypadków:

1) przebiegające bez żadnych powikłań ogólnych lub miejscowych,

2) z powikłaniami (ropienie rany lub szwów, wylewy krwawe w ranie i powikłanie ze strony innych narządów).

Do pierwszej kategoryi należy 28 przypadków czyli 70%. W 8 przypadkach tej kategoryi ciepłota dochodziła do 38° i wyżej.

Reszta przypadków należy do drugiej kategoryi. W 4 przypadkach tej kategoryi ciepłota nie przekraczała 38°.

Wogóle ciepłota po operacyi:

prawidłowa —22 (54%)
37,5°— 38,5°—10 (25%)
38,5° i wyżej —8 (20%)

Nieznaczne podniesienie ciepłoty powyżej 37,5° w ciągu jednego, najwyżej dwóch dni, często należy przypisać wessaniu jod-katgutu; ciepłotę powyżej 38,5° spotykaliśmy albo w przypadkach z zejściem śmiertelnem, albo w przypadkach, operowanych sposobem Bassiniego; żadnych przytem powikłań ze strony płuc i przewodu pokarmowego nie było. Odczynu ze strony rany, który mógłby objaśnić podniesienie ciepłoty, w danych przypadkach nie stwierdzono.

Porównując te dane z liczbami, wymienionemi w pracy Zarzeckiego, widzimy, że ustrój dziecka oddziaływa stosunkowo silniej; Zarzecki spostrzegał ciepłotę prawidłową, w 64% wyżej 38,5° w 11%.

Gojenie doraźne w naszych przypadkach spostrzegano w 77%, głębokie ropienie w 5%. Zapalenie płuc stwierdzono w jednym przypadku, w drugim zaś zapalenie opłucnej; z innych powikłań stwierdzono w jednym przypadku ostre zakażenie (podczas małej epidemii płonicy na oddziale chirurgicznym, spowodowanej przez jedno dziecko, przyjęte, jak się okazało, w okresie wylęgania płonicy). W dwóch przypadkach powikłania te sprowadziły zejście śmiertelne (pneumonia, sepsis). Odsetka śmiertelności wynosiła 5%.

W wymienionej pracy Mysza odsetka śmiertelności była 1,4%. W sprawozdaniu za r. 1895—96 szpitala dla dzieci im. księcia Oldenburgskiego w Petersburgu odsetka śmiertelności w przypadkach z operowanych przepuklin wynosi 6%.

Nadmienić należy, że okres pooperacyjny (10—14 dni) u operowanych dzieci był wolny od poważnych powikłań ze strony przewodu pokarmowego, u niektórych stwierdzono zaparcie. W większości przypadków u chłopców spostrzegano obrzęk moszny, co trzeba położyć na karb ucisku na powrózek nasienny.

Co się tyczy metody operacyjnej, to w naszych przypadkach stosowano:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1) | 17 | razy metodę | Bassiniego | (42,5%) |
| 2) | 16 | » » | Kochera | (40%) |
| 3) | 6 | » » | Czernego | (15%) |
| 4) | 1 | » » | Mac Ewena | (2,5%) |

Uważam za stosowne nadmienić, że w naszym szpitalu co do metody operacyjnej dawano pierwszeństwo metodzie Kochera, jako technicznie daleko prostszej. Przepukliny duże z szerokim kanałem operowano według metody Bassiniego; małe przepukliny, w których właściwie tylko wrota były trochę rozszerzone, operowano metodą Czernego lub też Mac Ewena. Przytem zaznaczam, że do szwów używano katgutu jodowego, wrota zaciągano

mocno, nie licząc się z uciskiem powrózka nasiennego, na zaszytą w ten sposób ranę nakładano suchą gazę i przymocowywano za pomocą plastra.

W piśmiennictwie istnieją różne poglądy na metody operacyjne przepuklin u dzieci: więc Ewe uznaje przewagę metody Bassiniego, Parker z 40 przypadków, operowanych podług metody Mac Ewena, w 25 niemiał nawrotów. Broca woli metodę Czernego; przy tem dowodzi, że z 250 przypadków, operowanych przez niego, w dwóch spostrzegano nawrót po 6 miesiącach.

W wyżej wymienionem sprawozdaniu szpitala dla dzieci w Petersburgu wszystkie przypadki, a mianowicie 16, operowano metodą Bassiniego; nawrót stwierdzono tylko w jednym przypadku. Bühlman uważa operacyę u dzieci metodą Bassiniego za bardzo złożoną. Sprawa wyboru metody operacyjnej szczegółowo była omawiana na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w 1903 r. Większość wypowiedziała się za metodą Bassiniego (Kader, Rydygier, Pomorski); jedynie Bossowski zaleca metodę Kochera.

Jak widzimy, zdania chirurgów w tej sprawie są różne. Śmiem wypowiedzieć zdanie, że wybór metody operacyi przepuklin zależy w zupełności od chirurga, — żaden z przytoczonych autorów nie może wypowiedzieć nic określonego na korzyść wybranej metody. Wyniki operacyi, wykonanych w szpitalu Anny-Maryi różnemi metodami, są następujące.

Sprawdzono 24 przypadki, wszystkie bez nawrotów.

Po $2^1/_2$ latach 8 przypadków. Z tych:

| | | | |
|---|---|---|---|
| operowanych | m. | Bassiniego | — 3 |
| » | » | Kochera | — 2 |
| » | » | Czernego | — 3 |

Po 2 latach 2 przypadki. Z tych:

| | | | |
|---|---|---|---|
| operowanych | m. | Bassiniego | — 1 |
| » | » | Czernego | — 1 |

Po $1^1/_2$ roku 6 przypadków. Z tych:

operowanych m. Bassiniego — 2
» » Kochera — 2
» » Czernego — 1
» » Mac Ewena — 1

Po 1 roku 8 przypadków. Z tych:

operowanych m. Bassiniego — 3
» » Kochera — 5

Jak widzimy, każda ze stosowanych w naszych przypadkach metod dała dobry wynik.

Pytanie o ile racyonalnem jest operowanie przepuklin u dzieci w pierwszym okresie dzieciństwa, nie jest jeszcze rozstrzygnięte. W piśmiennictwie spotykamy o tem rozmaite, niekiedy sprzeczne zdania. Broca, wykonawszy 477 operacyi przepuklin u dzieci, śmiało orzeka, że można nie liczyć się z wiekiem dziecka i operować nawet kilkodniowe. Mysz w swej pracy wyraźnie zaznacza, że operacya nie jest niebezpieczna i że leczenie paskami nie może być uważane za radykalne. Bossowski sądzi, że jedynie drogą operacyjną usunąć można doszczętnie przepuklinę, zwłaszcza u dzieci, u których operacya technicznie jest łatwiejszą, dzięki nieobecności zrostów. Tegoż zdania jesti Bühlman.

Jeżeli takie różnice zdań istnieją między chirurgami, to tem bardziej usprawiedliwioną jest rozbieżność poglądów pedyatrów i chirurgów.

Rzeczywiście Langton, który zebrał 12,896 przypadków przepuklin u dzieci, powiada, że operacya jest zbyteczna, że pasek jest jedynym środkiem leczenia przepuklin u dzieci.

To samo mówi chirurg Coley. Zdaniem jego 75% przepuklin u dzieci leczy się zapomocą paska, do operacyi uciekać się należy o tyle, o ile po dwóch latach nie spostrzegamy zmniejszenia się otworu pachwinowego. Felizet uważa za możliwe leczenie przepuklin zapomocą pasków u dzieci do 4—5 lat, przepukliny u dzieci starszych

leczyć należy zdaniem jego operacyjnie. Karewski daje więcej określone wskazania do operacyi: przepukliny, nie dające się utrzymywać paskiem, oraz takie, gdzie są zrosty treści przepukliny z workiem, należy operować. Tak samo wskazana jest operacya, jeżeli pasek wywołuje wyprysk lub odleżyny. Kader nie radzi pasków. Schramm do operacyi nie namawia, chyba że wrota są bardzo wielkie i przepuklina nie daje się paskiem utrzymać. Horodyński podaje, że w $^1/_3$ przypadków za pomocą paska nie osiąga się wyleczenia przepukliny.

Lorthior (na ostatnim Zjeździe chirurgów w Brukseli) wypowiedział zdanie, iż każda przepuklina u dziecka powinna być operowana niezależnie od wieku i płci dziecka; używanie paska przy przepuklinie pachwinowej uważa on za przeciwwskazane; w porównaniu z operacyą wywołuje to bowiem dużo niedogodności i naraża dziecko na daleko więcej przykrości.

W końcu poruszę w kilku słowach stronę społeczną zajmującego nas pytania. Leczenia zachowawczego przepuklin w klasie biednej nie udaje się najczęściej przeprowadzić jak należy. Z tym faktem trzeba się liczyć. W naszych przypadkach spotykaliśmy nader często wypryski i odleżyny u dzieci noszących paski; paski te były często źle zakładane, w jednym przypadku nawet wprost po przeciwnej stronie. Wpływa na takie przeprowadzenie zaleceń noszenia paska — brak opieki domowej z powodu pracy matek w fabrykach i nizki poziom kultury. Z tych względów przychylić się musimy do zdania, iż dzieci znajdujące się w takich warunkach bezwzględnie należy operować

Byłoby pożądanem, aby sprawę w ten sposób stawiali. nietylko chirurgowie, lecz i interniści, gdyż od ich rady, udzielonej rodzicom w odpowiedniej chwili, dużo zależy.

Wnioski: 1) Operacya przepukliny u dzieci nie jest niebezpieczna.

2) Wiek dziecka nie może być przeciwwskazaniem do operacyi.

3) Żadna z metod operowania przepuklin nie może pretendować do pierwszeństwa; wybór metody zależy i od właściwości danego przypadku i od indywidualności operującego.

4) W sferach, gdzie dzieci pozbawione są dozoru i troskliwej opieki, leczenie paskiem, jako nie dające się skutecznie przeprowadzić, jest przeciwwskazane.

---

## Piśmiennictwo.


1) Archiv für Kinderheilkunde XXIX, XXI, XXVI.
2) Bossowski. Przegląd lekarski 1895 r.
3) Mysz. Cytow. p. Dietskaja Medicina 1896.
4) Malgaigne. Chirurgja szczegółowa. Koeniga.
5) Werhner. Langebeck Archiv. XI.
6) Zarzecki. Russkij Chirurg. Archiv. 1908 N. 2.
7) Broke. Cytow. p. Dietskaja Medicina 1891,
8) Karewski. Deutsche med. Wochenschr. 1892 N. 5.
9) Bühlman. Cyt. p. Wraczebnaja Gazeta. 1907.
10) XIII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 1903 r.
11) Międzynarodowy Zjazd chirurgów w Brukseli 1908 r. Deutsche med. Wochenschr. 1908 r. N. 43.
12) Sprawozdanie za r. od 1895—96 szpitala im. księcia Oldenburskiego w Petersburgu.

# SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

## I. O leczeniu chirurgicznem zapalenia wyrostka robaczkowego.

Podał

**Dr A. Tomaszewski** (Łódź).

(Odczytane na posiedzeniu łódzkiej Sekcyi pedyatrycznej w d. 11. XI. 1908).

Zadaniem mego referatu jest wywołanie dyskusyi w tak zawikłanej i jeszcze dziś budzącej tyle najsprzeczniejszych poglądów i zapatrywań sprawie, jaką jest leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego.

W ostatnich kilku latach nastąpił zupełny przewrót pod tym względem dzięki coraz szerzej stosowanym zabiegom operacyjnym, które wykazały ogromną sprzeczność między zmianami anatomo-patologicznemi w wyrostku, a klinicznymi przejawami tej choroby. Sprzeczność ta z jednej strony znacznie rozszerzyła wskazania do operacyi, a z drugiej sprawiła to, że zapalenie wyrostka robaczkowego zaczyna być uważane za chorobę jeżeli nie wyłącznie chirurgiczną, to taką, przy której chirurgowi należy się głos, więcej niż doradczy.

Piśmiennictwo, tyczące się tego przedmiotu, niezmiernie wzrosło i dziś już jego przestudyowanie szczegółowe przerasta siły nietylko lekarza praktyka, ale i specyalisty chirurga. Dość powiedzieć, że Sprengel w swojem dziele o zapaleniu wyrostka rob. na 117 stronicach wylicza prace, traktujące o zapaleniu wyrostka robaczkowego. To też w niniejszym referacie ograniczę się do możliwie treściwego omówienia leczenia chirurgicznego wczesnego i do wysnucia kilku praktycznych wniosków.

Każdy chory, wyleczony bez zabiegu operacyjnego z zapalenia wyrostka robaczkowego, nosi w sobie »causa nocens« i narażony jest ciągle na powtórzenie się napadu, niekiedy zagrażającego życiu. Nawroty w tej chorobie zdarzają się dosyć często i bywają w swem nasileniu różne.

Körte na zasadzie swego bogatego materyału podaje częstość nawrotów na 40%, a Karrenstein na 50%. Nawroty nastąpić mogą po upływie kilku, kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat, czego najlepszym dowodem może być prof. Garré, który będąc 13-letnim chłopcem, przechodził pierwszy napad, a drugi dopiero wtedy, kiedy zajmował katedrę we Wrocławiu. Nie bez pewnej słuszności twierdzi Krajewski na zasadzie swych sumiennych studyów anatomo-patologicznych nad wyrostkiem, że raz schorzały wyrostek nigdy nie wraca do stanu prawidłowego. Choć dolegliwości zupełnie ustąpią, to jednak zawsze należy uważać taki wyrostek za schorzały i ciągle obawiać się nowego napadu, albowiem nawet po najlżejszem zapaleniu pozostają w wyrostku często zmiany w postaci zgięć, zwężeń i zbliznowaceń. Statystyka przypadków, leczonych wewnętrznie z małą stosunkowo odsetką śmiertelności, jak Sahliego, gdzie na 6740 umarło 591, t. j. 8,8%, Guttstadta (ze wszystkich szpitali państwa pruskiego w przeciągu r. 1903/4, na 11031 umarło 777, t. j. 7%), Strickera (wojsko, na 3869 umarło 44, t. j. 1,1%), ma tylko względne znaczenie, po pierwsze dlatego, że wszystkie te przypadki można uważać za wolne od nawrotów, a powtóre należą one do kategoryi lekkich i średnich, bo wszystkie cięższe trafiają do chirurgów, by statystykę ich obciążyć daleko większą odsetką śmiertelności. I tak na 8174 przypadków operowanych, a zebranych przez Guttstadta, umarło 1005, t. j. 12,2%, na 629 u Strickera 98, t. j. 15% i t. p. Jednakże Kraus w r. 1906 podaje śmiertelność w przypadkach, leczonych zachowawczo, już daleko większą, bo 23%.

W praktyce rzadko spotykamy się z zapaleniem samego wyrostka. Bardzo rozległe zmiany patologiczne w wyrostku mogą nie sprawiać choremu żadnych dolegliwości, właściwa choroba, a zarazem i niebezpieczeństwo zjawia się przeważnie dopiero wtedy, kiedy zapalenie przejdzie na narządy i tkanki otaczające wyrostek. Gdy t. zw. »appendicitis simplex« tylko w wyjątkowych przypadkach, wskutek niezwykle jadowitej zawartości wyrostka, może się stać niebezpieczną, a zwykle przechodzi łagodnie, to natomiast »appendicitis destructiva« pociąga za sobą niebezpieczeństwo bądź otorbionego, bądź też rozlanego ropnego lub septycznego zapalenia otrzewnej. W tych cięższych przypadkach medycyna wewnętrzna jest zupełnie bezsilną. 90% zapaleń wyrostka u osób dorosłych przechodzi pod postacią »appendicitis simplex«, a więc łagodnie, nieomal samoistnie. Inaczej sprawa ta przedstawia się u dzieci. Jak twierdzą zgodnie wszyscy autorowie (Heubner, Baginsky, Sonnenburg, Karewski, Spieler, Selter), przeważają u dzieci postacie ciężkie, świadczące o niezwykłej jadowitości zakażenia ze skłonnością do przedziurawienia, zgorzeli i rozlanego zapalenia otrzewnej, o czem przekonywa i nasz materyał szpitalny, gdzie na 16 wszystkich przypadków, z tych 9 operowanych, mieliśmy 3 razy rozlane zapalenie otrzewnej; Sel-

ter na 28 swych przypądków spotkał się z niem 6 razy. Sonnenburg, Rotter i Lennander podają, że w większej połowie przypadków, operowanych u dzieci, przeważała postać rozlana. Odsetka śmiertelności, według Motterstocka, waha się między 11% a 70%; według Krausa między 10% a 66%, zależnie od sposobu leczenia — chirurgicznego lub zachowawczego.

To też jeżeli dziś jeszcze między internistami są lekarze pod względem leczenia zapaleń wyrostka zachowawczo usposobieni, to prawie wszyscy pedyatrzy, ze względu na przeświadczenie o niebezpieczeństwie tej choroby u dzieci, zajęli mniej lub więcej radykalne stanowisko. Tak np. Heubner radzi natychmiast operować, skoro tylko rozpoznanie stanie się pewnem.

Sprawa leczenia zapaleń wyrostka byłaby łatwiej rozstrzygnięta, gdybyśmy w każdym poszczególnym przypadku mogli uczynić zupełnie ścisłe rozpoznanie, ale do dziś dnia nie rozporządzamy żadnym klinicznym objawem, ani sposobem badania, nie wyłączając leukocytozy, któryby nam pozwolił we wczesnym okresie tej choroby ustalić rokowanie co do dalszego jej przebiegu, jak również nie możemy zdać sobie sprawy z charakteru zmian anatomicznych w wyrostku na zasadzie klinicznych objawów. Im doświadczeńszy lekarz, tem subtelniejsze będzie rozpoznanie; ale i najdoświadczeńszy dyagnosta może być w błędzie, jak to wykazały zmiany, znajdowane w wyrostku przy wczesnej operacyi. Albu określa ilość zapaleń wyrostka, nie dających się ściśle co do charakteru rozpoznać, na 10% i w wątpliwych przypadkach o ostrzejszym przebiegu radzi zawsze operować, ale mało liczy się z tem, że zupełnie łagodne przypadki o lekkiem nasileniu wskutek przedziurawienia wyrostka przechodzą nagle w rozlane zapalenie otrzewnej, jak również i z tem, że otorbione ropnie nagle pękają. Pod wpływem podobnych przypadków i niespodzianek wyłoniła się konieczność chirurgicznego zabiegu nietylko w okresie wolnym od napadu, ale i podczas samego napadu, nawet w przeciągu pierwszych 48 godzin, tak zwana operacya wczesna, która od roku 1899 coraz więcej znajduje uznania. Operacya ta ma na celu przez wczesne usunięcie wyrostka przerwanie choroby i zabezpieczenie w ten sposób chorego od wszelkich następstw, mogących wyniknąć podczas dalszego przebiegu choroby. Obecnie prawie wszyscy chirurgowie, nawet ci, którzy dawniej zachowywali się względem wczesnej operacyi opornie, wypowiadają się za nią.

Kümmel radzi operować każdy rozpoznany przypadek i im wcześniej, tem lepiej. Sprengel operuje każdy przypadek, który w czasie 24 godzin nie traci na nasileniu wszystkich objawów. Rehn uważa wczesną operacyę za jedyny środek, mogący wpłynąć na zmniejszenie śmiertelności, przyczem stara się dowieść, że operacya ta w niczem nie jest niebezpieczniejsza od operacyi, dokonywanej w okresie wolnym, a posiada tę przewagę, że uprzedza wszelkie możliwe powikłania.

Gorącym zwolennikiem wczesnej operacyi jest Karewski. Eiselsberg i Hąberer uważają wczesną operacyę za niebezpieczniejszą od operacyi w okresie wolnym, jednak twierdzą, że jest ona najidealniejszą metodą leczenia, ponieważ przy niej odrazu usuwa się przyczynę choroby. Payr jest również zwolennikiem wczesnej operacyi i radzi ją, osobliwie przy śródkrezkowem (mesocoeliacal) położeniu wyrostka. Dörffler jako wielką zaletę wczesnej operacyi zaznacza to, że bywa ona dokonywana w tym czasie, kiedy otrzewna jest jeszcze bardzo oporna na zakażenie, oraz kiedy odszukanie, a tem samem wycięcie wyrostka, bywa bardzo łatwe. Körte uważa wczesną operacyę za wskazaną tylko w ciężkich przypadkach, których rozpoznanie zależy już od doświadczenia lekarza. Borelius podnosi tę okoliczność, że przy wczesnej operacyi można szyć odrazu nawet wtedy, kiedy wyrostek jest zgorzelinowy i w jamie brzusznej znajdujemy wysięk, bo ten wysięk zwykle bywa surowiczy i jałowy.

Trudno tu wyliczać wszystkie poszczególne zdania różnych autorów, dodam tylko, że większość amerykańskich, angielskich i francuskich autorów oświadcza się z tych lub innych powodów za wczesną operacyą. Z polskich chirurgów gorącym zwolennikiem wczesnej operacyi jest Kader.

Motywy, przemawiające za wczesną operacyą, podług Ebnera, są następujące: 1) Wobec nieprzewidzianego przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, wczesna operacya jest jedynym środkiem, wiodącym do natychmiastowego przerwania chorobowej sprawy i daje największą rękojmię prędkiego i doszczętnego wyleczenia. 2) Jedna tylko wczesna operacya może uchronić chorego od wcześniejszych lub późniejszych następstw zapalenia wyrostka robaczkowego, jako to: skrzepów, zatorów, przerzutowych ropni i spraw zapalnych płucnych z jednej strony, zrostów i przepuklin z drugiej. 3) Wczesna operacya jest dla chorego prawie tylko tak niebezpieczna, jak i operacya w okresie wolnym od napadu, a dla operatora o tyle łatwiejsza, że z powodu braku zrostów pozwala lepiej rozpatrzeć się w polu operacyjnem i pozwala na niewielkie cięcie. 4) Wczesna operacya ma tę przewagę nad operacyą, dokonywaną w późniejszym okresie choroby, że daje zawsze możność usunięcia wyrostka i prawie zawsze zaszycia rany odrazu na głucho. Nawet w tych razach, kiedy zachodzi potrzeba zostawienia w ranie sączka, wyleczenie następuje daleko szybciej, niż wtedy, kiedy się bywa zmuszonym tylko do przecięcia ropnia, a temsamem do pozostawienia wyrostka, narażając chorego na poddanie się później doszczętnej operacyi. 5) Chorzy, czy ich otoczenie, łatwiej się decydują na zabieg w okresie bólów, niż w okresie późniejszym.

Co do wątpliwości i przeciwwskazań, jakie mogą się nasunąć przy decydowaniu o potrzebie wczesnej operacyi, to przedewszystkiem należy podnieść trudność samego rozpoznania. W przeciągu pierwszych 48 godzin nie można zdać sobie spra-

wy, z czem się ma do czynienia. Nieraz zachodziły pomyłki, rozpoznawano zapalenie wyrostka i, co gorsza, dokonywano operacyi, a okazało się, że chodzi o dur brzuszny, ostry nieżyt przewodu pokarmowego, kamienie żółciowe i t. p. Szczególniej trudne jest rozpoznanie u dzieci. Lekarz pozbawiony jest tu cennych wywiadów, oraz podmiotowych wrażeń chorego. Przeciwnie może być łatwo wprowadzony w błąd przez fałszywe określanie siedziby cierpienia; tak np. dzieci często bardzo bóle w kątnicy przedstawiają jako bóle w klatce piersiowej.

Dalej jako przeciwwskazania wymieniane są: gruźlica, zapalenie nerek i wady serca. Przeciwwskazania te są względne i jeżeli z niemi liczyć się trzeba u ludzi starszych, to ustrojom młodym dziecięcym z niezbyt wyrażonemi temi cierpieniami krótkotrwała operacya szkody większej, niż samo zapalenie, przynieść nie może. Jeżeli teraz zwrócimy się po liczby statystyczne do poszczególnych autorów, to np. Sprengel w ostatnich 4 latach z 76 wczesnych operacyj stracił 4 przypadki, Garré na 27 — żadnego, Rehn na 80 przypadków, operowanych jeszcze przed ropnem zajęciem otrzewnej, nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego, Schnitzler na 80 przypadków stracił 2, Payr miał 4,7% śmiertelności, Silbermark ze szkoły Mosettiga 5,2%. Körte na zasadzie 137 przypadków, operowanych w przeciągu pierwszych trzech dni choroby, podaje odsetek śmiertelności na 27, ale aż 57 razy spotkał się z ogólnem ropnem zapaleniem otrzewnej i operował w 3-im dniu. Kader do sierpnia 1908 r. operował w przeciągu pierwszych 48 godzin 11 razy, przyczem 8 razy sprawa ograniczała się do wyrostka — we wszystkich wyzdrowienie, w jednym przypadku zdążył się już wytworzyć ropień — wyzdrowienie, a w dwóch przypadkach było już rozlane zapalenie otrzewnej — z tych jeden zakończył się śmiercią. Widzimy więc, że odsetek śmiertelności waha się wogóle między 3—4%. Jeżeli zaś, jak to czyni Lennander, za wczesną operacyę będziemy uważali tylko taką, której dokonano, zanim sprawa rozszerzyła się na otrzewną, to odsetek ten spadnie do ułamku. W każdym razie na zasadzie przytoczonych liczb możemy uważać, iż wczesna operacya jest niewiele niebezpieczniejsza od tak zwanej »Intervalloperation«, a posiada dużo stron dodatnich. U nas, o ile mi wiadomo, wczesne operacye wykonywa się bardzo rzadko, poczęści z tego powodu, że większość naszych lekarzy internistów nie jest dostatecznie przeświadczona o jej zaletach. W przeciągu trzech lat istnienia szpitala Anny-Maryi wczesną operacyę mieliśmy sposobność wykonać raz jeden przed upływem 36 godzin u 6-letniej dziewczynki z bardzo groźnymi objawami zapalenia wyrostka robaczkowego, z silną bolesnością i napięciem powłok brzusznych, z lekką sinicą i tętnem, dochodzącem do 150, a więc już z objawami zapalenia otrzewnej. Po otwarciu jamy brzusznej wyciekło około 100 $cm.^3$ surowiczo-ropnego płynu. Jelita cienkie i kątnica były mocno

nastrzykane, również jak i otrzewna ścienna. Zrostów nie było, wyrostek jedynie był zgięty, nieco zrośnięty z kątnicą, silnie naciekły z mnóstwem krwawych wybroczyn na błonie śluzowej. Sądzę, że przypadek ten byłby niewątpliwie stracony, gdyby nie natychmiastowe skierowanie do szpitala i nie wczesna operacya.

O ile wszyscy prawie chirurdzy doszli obecnie do zgody w swoich zapatrywaniach na wczesną operacyę, o tyle różnią się co do sposobu postępowania w późniejszym okresie tej choroby między 3. a 8. dniem, który to okres mniej więcej odpowiada czasowi, potrzebnemu do wytworzenia się stałych i mocnych zrostów i do ograniczenia się sprawy zapalnej.

Jedni, jak Sonnenburg, Körte, v. Bergmann, Lanz, Garré, Eiselsberg, Hagen, Trêves są przeciwnikami operowania w tym okresie, twierdzą bowiem, że niebezpieczeństwo rozerwania dopiero tworzących się zrostów, a przeto i możliwość wywołania rozlanego zapalenia otrzewnej jest w tym okresie tak wielka, że tylko grożące niebezpieczeństwo mogącego powstać samoistnie ogólnego zapalenia otrzewnej może uprawniać do podjęcia zabiegu operacyjnego. Inni, jak Dörffler, Rehn, Karewski, Riedel, Hahn, Delagenière, Stinson, Murphy, Cortier, Lexer, Sprengel radzą i w tym okresie operować każdy przypadek, jeżeli tylko rozpoznanie jest pewne, uważając, że przy ostrożnem postępowaniu i umiejętnej technice, polegającej na zabezpieczeniu wolnej otrzewnej serwetkami, można zupełnie uchronić się od zakażenia otrzewnej. Dörffler na zasadzie własnego doświadczenia zapewnia, że nigdy nie miał tak świetnych wyników i tak stosunkowo niewielkiej śmiertelności, jak od kiedy zaczął, bez względu na okres choroby, natychmiast operować każdy poważniejszy przypadek. Sprengel, uzasadniając swój skrajny pogląd, twierdzi, że i bez operacyi okres ten jest dla chorego najniebezpieczniejszy ze względu na możliwość ogólnego zakażenia otrzewnej; zamiast więc chorego narażać na takie niebezpieczeństwo, lepiej odrazu operować. Jeżeli znajdujemy — mówi on — ropę, operacya była wskazana, jeżeli nie, to operacya staje się również tak mało niebezpieczna, jak i wczesna.

Lexer swój radykalizm stara się uzasadnić teoretycznie: naokoło właściwego zapalnego ogniska tworzy się tak zwana »odczynowa strefa zapalna« (reaktive Entzündungszone), makroskopowo wyrażająca się w silniejszem nastrzykaniu i w obrzmieniu otrzewnej jelitowej. Pas ten ma być więcej odporny na wtórne zakażenie, pochodzące z ogniska pierwotnego, ponieważ w nim wytwarzają się bakteryobójcze substancye ochronne. Otóż o ile doświadczony operator nie wychodzi poza obręb owego ochronnego pasa, o tyle uniknięcie ogólnego zakażenia otrzewnej ma być zupełnie pewne. Nareszcie niektórzy chirurgowie, jak Kümmel, Kader, w sprawie operowania w tym okresie zajmują pośrednie stanowisko. Kader operuje zawsze, o ile niema przeciw-

wskazań, do których zalicza z jednej strony wybitną poprawę stanu chorego i widoczne słabnięcie nasilenia z wyraźnem ograniczaniem się sprawy, z drugiej zaś beznadziejny stan chorego po powstałem z przedziurawienia wyrostka rozlanem zapaleniu otrzewnej. Odsetka śmiertelności po operacyi w tym okresie jest dosyć znaczna. Kader np. na 17 operowanych przypadków stracił 4, Sprengel na 51 tylko 2. Bądź co bądź pytanie, czy operować w tym okresie, czy też czekać aż do zupełnego ograniczenia się sprawy zapalnej, mogłoby być rozstrzygnięte wtedy, gdybyśmy posiadali porównawczą statystykę odsetkową śmiertelności przy czekaniu i po operacyi, z wyłączeniem, ma się rozumieć, wszystkich takich przypadków, w których i w tym okresie konieczną jest operacya.

Jeżeli teraz przejdziemy do sposobu postępowania w późniejszym okresie choroby, kiedy już doszło do wytworzenia i ograniczenia się jednego lub kilku ropni, to spotkamy się ze starą zasadą »ubi pus — ibi evacua«. Różnica między chirurgami polega tylko na odmiennej technice; jedni bowiem zadowalniają się tylko wypuszczeniem ropy, inni jednocześnie wycinają i wyrostek, kiedy dostęp mają doń względnie łatwy, a jeszcze inni wycinają zawsze wyrostek, przyczem dostają się doń od strony wolnej otrzewnej. I tu nam brak dostatecznie obfitej porównawczej statystyki co do wyższości jednego lub drugiego zabiegu. Körte, podając odsetek śmiertelności przy przecięciu i wypuszczeniu ropy na 5,5%, przy doszczętnem postępowaniu miał 15,7% śmiertelności. W naszym szpitalu mieliśmy 6 przypadków z ropniami otorbionymi; poprzestawaliśmy na przecięciu ropnia i nie mieliśmy żadnego śmiertelnego zejścia. Różnią się również chirurdzy i co do dalszego postępowania z raną. Podczas gdy jedni starają się ranę możliwie skrupulatnie wytamponować, drudzy zaszywają ją prawie na całej przestrzeni, pozostawiając tylko w dolnym końcu niewielki otwór dla przeprowadzenia sączka do miednicy małej. Ci chirurdzy usadawiają zwykle chorego napół siedząco (Fowler), aby ropa miała najdogodniejszy odpływ. Co do miejsca i dróg powstawania ropni, odsyłam ciekawych do pięknie opracowanej pod tym względem rozprawy Krajewskiego, zaznaczę tylko, że zależy to w pierwszym rzędzie od położenia, jakie zajmuje wyrostek w stosunku do kiszki ślepej i innych trzew brzusznych, a następnie od położenia, w jakiem znajdował się sam chory podczas napadu. Dodać jednak muszę, że u dzieci wskutek anatomicznego położenia wyrostka najczęściej spotykamy ropnie w miednicy małej.

Pozostaje mi jeszcze omówić sprawę chirurgicznego leczenia rozlanych zapaleń otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. Co do tego, czy trzeba operować, niema dwóch zdań. Wiadomo również, że zabieg operacyjny, podjęty w przeciągu pierwszych 48 godzin po pierwszych objawach rozlanego zapalenia, daje najlepsze wyniki i tylko jedynie wtedy jeszcze można mieć nadzieję

utrzymania chorego przy życiu. Po 48 godzinach wynik jest prawie zawsze śmiertelny i dlatego niektórzy autorowie radzą w takich razach operować tylko wówczas, kiedy ogólny stan sił jest względnie zadowalniający, inni znów zalecają przeczekać objawy zapadu, na co znów Lennander odpowiada, że najskuteczniejszym środkiem przeciw zapadowi jest właśnie zabieg operacyjny. U dzieci radzą wszyscy operować, ponieważ ustrój dziecięcy okazuje zadziwiającą odporność i wychodzi zwycięsko z najbardziej rozpaczliwego stanu.

Na zasadzie tego krótkiego zarysu dochodzę do następujących wniosków:

1) Zapalenie wyrostka robaczkowego należy do cierpień, które od samego początku powinien spostrzegać chirurg.

2) Przy każdem, choćby najlżejszem zapaleniu wyrostka, należy się liczyć z koniecznością natychmiastowej operacyi.

3) Przypadki, które na drugi dzień nie tracą na nasileniu, powinny być bezzwłocznie operowane.

4) Po upływie dwóch dni zabieg operacyjny nie jest już bezwzględnie wskazany i zależy od właściwości danego przypadku.

5) Przy rozlanem zapaleniu otrzewnej, zwłaszcza u dzieci, należy operować zawsze.

6) Po przejściu cięższego napadu, lub po kilku lekkich, należy operować.

## II. O właściwościach przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci i jego leczeniu.

Podała

A. Zieleniewska-Trenknerowa.

(Odczytane na posiedzeniu łódzkiej Sekcyi pedyatrycznej w dn. 11/XI 1908).

Wyrostek robaczkowy u dzieci ma pewne właściwości anatomiczne, odgrywające bardzo ważną rolę zarówno w powstawaniu stanów zapalnych, jak i w przebiegu zapalenia już istniejącego.

U dzieci wyrostek jest znacznie szerszy i dłuższy, niż u dorosłych. Podług Ribberta długość wyrostka u dzieci ma się do długości jelita grubego jak 1:10 — u dorosłych zaś jak 1:20. Ta niepomierna długość może być przyczyną częstszych zgięć, załamań tego narządu, co też bywa wielokrotnie podkreślane, jako przyczyna powstawania zapaleń. U noworodków i niemowląt w ciągu kilku pierwszych miesięcy życia wyrostek ma kształt lejka, swobodnie komunikującego z kątnicą (coecum).

Z wiekiem zmienia się i kształt wyrostka, — lejek staje się wązką rurką, na granicy zaś między światłem kątnicy i wyrostka tworzy się fałd błony śluzowej — zastawka Gerlacha, utrudniająca dostawanie się treści kałowej do wyrostka.

Kątnica zajmuje u dzieci dolną połowę talerza biodrowego, wyrostek zaś biegnie poprzez brzeg m. lędźwiowo-udowego do miednicy małej. Fakt ten ma doniosłe znaczenie dla sadowienia się wysięków ropnych przy zapaleniu okątniczem (perityphlilis). Co do budowy histologicznej, to wielokrotnie podnoszono obfitość tkanki limfoidalnej, bogactwo mieszków u dzieci, wskutek czego wyrostek w wieku dziecięcym i młodocianym jest szczególnie wrażliwy, łatwo ulega stanom zapalnym i sama sprawa zapalna przebiega znacznie gwałtowniej, niż u dorosłych, u których odbywa się powolny zanik tkanki chłonnej tego narządu.

W sprawie etyologii i patogenezy schorzeń tego narządu szczątkowego, która oddawna służy za temat wielu rozpraw i prac

licznych autorów, — o jakimś jednolitym poglądzie dotychczas jeszcze niema mowy.

Tak popularna teorya ciał obcych, obecnie coraz bardziej traci na wartości, gdyż z jednej strony zarówno podczas operacyi, jak i podczas sekcyi zmarłych na zapalenie wyrostka, znajdowano w nim ciała obce w tak stosunkowo nielicznych przypadkach, iż w żadnym razie nie można uważać tego czynnika za częstą przyczynę omawianej sprawy. — Z drugiej strony liczne spostrzeżenia na stole sekcyjnym dowodzą, że ciała obce mogą się znajdować w wyrostku, nie sprawiając za życia żadnych dolegliwości danemu osobnikowi i nie wywołując żadnych zmian chorobowych w tym narządzie.

Podobnie ma się sprawa i z kamieniami kałowymi, które jakoby wywołują zapalenie błony śluzowej wyrostka. Coraz większa liczba autorów zapatruje się obecnie na kamienie kałowe nie jako na przyczynę zapalenia, lecz jako na jego skutek — obecnością swoją jednak kamienie te mogą znacznie pogarszać sprawę chorobową, bo uciskając obrzmiałą, źle odżywianą ścianę wyrostka, mogą się przyczyniać do miejscowej zgorzeli i do następnego przedziurawienia ściany.

Zwolennicy teoryi zakaźnej (Sahli, Roux) jako przyczynę zapalenia wyrostka podają schorzenia jego tkanki chłonnej; — od jadowitości zakażenia zależy nasilenie sprawy chorobowej. Z teoryą tą stoją w związku liczne spostrzeżenia, że zapalenie wyrostka robaczkowego częstokroć występuje w przebiegu innej ostrej choroby zakaźnej, — błonicy, odry, grypy. Np. Gagnière opisuje epidemię grypy, podczas której 11 razy w ciągu 4 miesięcy spostrzegał powikłania ze strony wyrostka.

Nadzwyczaj często bywa zaznaczany związek pomiędzy zapaleniem wyrostka i zapaleniem gardła. Kretz podaje wyniki badań sekcyjnych w szpitalu Franciszka Józefa w Wiedniu od r. 1901 do 1905; z ogólnej liczby 3579 sekcyi w 53 przypadkach śmierć była skutkiem schorzenia wyrostka — w 14 przypadkach stwierdzono jednocześnie ostre zapalenie gardła ze znacznym obrzękiem gruczołów podszczękowych i szyjnych. W 12 przypadkach badanie bakteryologiczne wykazało obecność paciorkowców zarówno w tkance migdałków, jak i w wysięku ropnym w jamie otrzewnej. Inni autorowie znajdowali w wysiękach ropnych prątki okrężnicy, gronkowce.

Podług innej teoryi (Dieulafoy) światło wyrostka wskutek czynników mechanicznych zamienia się na jamę zamkniętą (cavité close), — w której drobnoustroje zyskują ponownie na jadowitości i wywołują zmiany zapalne w wyrostku. Tym czynnikiem mechanicznym może być albo obrzmienie błony śluzowej przy ujściu do kątnicy — przy nieżytach jelitowych, albo, jak podaje Hansemann, ustawienie się wyrostka w ten sposób (wzdęcie, wstrząśnienie), iż zastawka Gerlacha niezupełnie zasłania światło; — treść kałowa przedostaje się wtedy do wyrostka,

w razie zaś zmiany położenia nie może cofnąć się z powrotem — wtedy znowu mamy t. zw. »cavité close« i wszystkie jej zgubne skutki. Te same skutki może pociągnąć za sobą zgięcie wyrostka, co z powodu jego długości u dzieci zdarza się dosyć często.

Stosunkowo często jako przyczyna zapalenia wyrostka podawany jest uraz. — Zdaniem Sonnenburga uraz może wywoływać ostre zapalenie tylko w tych wypadkach, gdzie już istniały przewlekłe zmiany w wyrostku, pozostałe po dawniej przebytych napadach — może tak lekkich, iż nie stwierdzono ich klinicznie. — Zupełnie zdrowy wyrostek podług Sonnenburga nie ulega zapaleniu nawet przy znacznym wylewie krwawym do światła lub na zewnątrz.

Co do roli nieżytów jelit w powstawaniu zapalenia wyrostka, to zdania są podzielone. Jedni (Selter, Sonnenburg, Comby) twierdzą, iż wyrostek bierze udział w każdem zapaleniu błony śluzowej jelit, a szczególniej podług Combyego w przypadkach grudkowego zapalenia jelita (enter. follic.). Sonnenburg posuwa się tak daleko, iż przypuszcza, że każdy prawie człowiek raz w życiu przechodzi nieżytowe zapalenie wyrostka robaczkowego, które w większości przypadków nie pozostawia po sobie żadnych żmian anatomicznych, — często jednak pozostają nieznaczne przerosty ścian, blizny, owrzodzenia, które przy jakiemś nowem, — często nawet lekkiem zakażeniu wskutek upośledzonej czynności wyrostka mogą doprowadzić do groźnego napadu, lub też dawać objawy zapalenia przewlekłego. Selter przypuszcza, iż nawet u niemowląt przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego w przebiegu ostrych biegunek są nader częste, — jest to t. zw. »colica appendicularis«, której powstawanie tłómaczy Selter zwężeniem ujścia z powodu obrzęku; wyrostek dla uwolnienia się od treści musi wykonywać znacznie mocniejsze ruchy, — stąd napad gwałtownego bólu. Dziecko w tym przypadku albo samo wskazuje siedzibę bolu w miejscu typowem, albo punkt bolesny można znaleźć dopiero przy ucisku. U starszych dzieci Selter wielokrotnie spostrzegał początek ostrego napadu po świętach, uroczystościach rodzinnych i t. d. Inni (Heubner, Siegel) chociaż przyznają, że ostre zapalenie błony śluzowej jelit może być niekiedy punktem wyjścia schorzeń wyrostka, — podkreślają jednak fakt, iż w bardzo wielu przypadkach najsumienniejsze wywiady nie mogą wykryć żadnych zaburzeń przewodu pokarmowego. Pośród przypadków, spostrzeganych w szpitalu Anny Maryi, ani razu w wywiadach nie zaznaczono zaburzeń jelitowych.

Comby podkreśla, że zapalenie nosa i gardła przy wyroślach gruczołowatych jamy nosowo-gardłowej, zapalenie grudkowe jelita (enter. follic.) i zapalenie wyrostka robaczkowego częstokroć występują u tego samego osobnika; — ciekawe jest spostrzeżenie, że po wycięciu wyrośli gruczołowatych częste poprzednio zapadania na zapalenie grudkowe jelit nie powtarzały się więcej.

Pozostaje jeszcze wspomnieć o czerwiach, których obecność w przewodzie pokarmowym M i e c z n i k o w uważa za bardzo ważny czynnik etyologiczny w powstawaniu zapaleń wyrostka. Mogą one podług tego autora wywoływać przedziurawienie, mogą wpełznąć do istniejących zagłębień po owrzodzeniach, lub też wywołują nadżarcie zdrowej blony śluzowej. Podług M i e c z n i k o w a w każdym przypadku zapalenia wyrostka należy szukać w stolcach jaj czerwi i w razie dodatnim stosować środki przeciwczerwiowe. Obecność czerwi, zarówno jak i ciał obcych m o ż e niekiedy wywoływać zapalenie wyrostka, lecz w większości przypadków, jak to stwierdzono na sekcyach, żadnych zmian chorobowych za sobą nie pociąga.

Na zakończenie tego szeregu tak różnorodnych poglądów co do etyologii zapalenia wyrostka, wspomnę jeszcze o spostrzeganych przypadkach rodzinnej skłonności do tego cierpienia. Dopatrywano się w tem zjawisku rodzinnego osłabienia mięśni jelit (słaby ruch robaczkowy, zaleganie treści w wyrostku itd.). Wreszcie według niektórych autorów, sposób odżywiania się może odgrywać również pewną rolę; — pokarmy mięsne mają podobno szczególnie usposabiać do schorzeń wyrostka.

Wszyscy autorowie wypowiadają zgodnie zdanie, że zapalenie wyrostka jest chorobą wieku młodocianego i młodego do 30—40. roku życia — po 40-tym roku życia; występuje ono coraz rzadziej, stanowiąc już tylko nieliczne wyjątki u starców. Pedyatrzy zgodnie podnoszą częstość tego cierpienia w wieku dziecięcym: jako krańcowy pogląd przytoczę tu mniemanie S e l t e r a, jakoby u dzieci zapalenie wyrostka występowało 7 razy częściej, niż u dorosłych. Ta wygórowana liczba nie jest jednak oparta na ścisłych danych statystycznych, lecz powstała przez sztuczne obliczenia. Sam S e l t e r podaje, iż w ciągu 4 lat pośród ogólnej liczby 11.000 chorych dzieci spotkał zapalenie wyrostka 28 razy = co stanowi 0,25⁰/₀ — odsetka raczej niższa, niż u dorosłych. — W szpitalu Anny Maryi w ciągu 3 lat istnienia szpitala od listopada 1905 do listopada 1908 na ogólną liczbę 3595 chorych dzieci, przypadków zapalenia wyrostka było 17 = 0,47⁰/₀, w tem 15 ostrych, 2 przewlekłe. Z przypadków ostrych 5 o przebiegu lekkim, 10 o przebiegu ciężkim. Zejście śmiertelne w 2 przypadkach, zabiegu operacyjnego dokonano w 9 przypadkach. Największa ilość schorzeń wyrostka u dzieci przypada na okres od 5. roku życia wyżej. — Sekcye wykazywały jednak zapalenie wyrostka nawet u kilkotygodniowych niemowląt. Fakt, iż w wieku niemowlęcym i przez parę pierwszych lat życia zapalenie wyrostka zdarza się stosunkowo bardzo rzadko, — dałby może się wytłómaczyć wyżej wspomnianą budową anatomiczną wyrostka; u niemowląt wyrostek ma kształt lejka, zastawki Gerlacha brak, — komunikacya więc z kątnicą jest zupełnie swobodna i dlatego zaleganie treści kałowej i powstawanie jamy zamkniętej jest prawie wyłączone. — Bardzo znaczna

liczba schorzeń wyrostka robaczkowego u dzieci przebiega w sposób, nie odbiegający wiele od typowego przebiegu u dorosłych, — często jednak cierpienie to występuje wśród tak nietypowych objawów, że niejednokrotnie nie zostaje rozpoznane przez lekarzy.

Heubner podaje szereg objawów, które mogą zaciemniać rozpoznanie zapalenia wyrostka u dzieci, mianowicie:

1) Gwałtowny napad bólu brzucha, wśród najlepszego zdrowia — t. zw. kolki, — szczególniej, jeżeli napad ten nie łączy się z wymiotami i z biegunką. Częstokroć w takich przypadkach jedynym objawem podmiotowym jest ból brzucha; — jedynym objawem przedmiotowym — ból przy ucisku w punkcie Mac-Burneya lub przy badaniu przez odbytnicę.

2) Nieżyt żołądka z gorączką, — gdy się nagle zjawiają wymioty, biegunka, gorączka, trwająca czasami kilka dni; — dokładne badanie znowu wykazuje ból w typowem miejscu.

3) kolka śluzowa — (colica mucosa).

4) Napadowo występujące zaburzenia w oddawaniu moczu — (bolesne lub za częste).

5) Wymioty okresowe.

Nietylko niepowikłane zapalenie wyrostka przybiera tak różnorodną postać; — nawet ciężkie postacie, w krótkim czasie wiodące do zgorzeli, przedziurawienia ropnego, zapalenia otrzewnej, — częściej, niż u dorosłych, nie dają typowego zespołu objawów głównych.

A więc przedewszystkiem u dzieci znacznie częściej, niż u dorosłych, na początku obok wymiotów występuje biegunka (Heubner) zamiast typowego zaparcia. Cała postać chorobowa może być wtedy zbliżona do ostrego nieżytu żołądka i jelit.

Samoistnego bólu często może brakować, lub wskazywany bywa przez dzieci po stronie lewej, w okolicy pępka lub wyżej i t. d. Nawet ból przy ucisku wskutek głębokiego położenia wyrostka w miednicy małej może być nieznaczny, — tylko punkt Mac-Burneya podług wielu autorów nie zawodzi i przy badaniu przez odbytnicę zawsze daje się stwierdzić wyraźna bolesność po stronie prawej.

Zachowanie się ciepłoty i tętna nosi te same cechy, co i u dorosłych. Nizka ciepłota i prędkie drobne tętno w połączeniu z ciężkim stanem ogólnym zawsze jest objawem groźnym. Na uwagę zasługuje zdanie Bokaya co do zwolnienia tętna w przebiegu zapalenia wyrostka u dzieci. Zwolnienie to, dochodzące w jednym z jego przypadków do 52 uderzeń na minutę, ma się zjawiać razem z polepszeniem stanu ogólnego wraz ze spadkiem ciepłoty i trwać od kilku dni do 2 tygodni. Bokay gotów jest przypisywać temu objawowi pomyślne znaczenie dla rokowania.

Jak już wyżej wspomniałam, wyrostek robaczkowy u dzieci często leży w małej miednicy. To też z chwilą, kiedy zaczyna

się tworzyć ograniczony ropień, najczęstszem jego siedliskiem jest miednica mała. Dlatego w każdym przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci zawsze należy badać przez odbytnicę, bo częstokroć w zatoce Douglasa stwierdza się wyraźne chełbotanie, gdy przez powłoki brzuszne nie wyczuwa się nawet nacieku.

Ogólnie podnoszą fakt, iż zapalenie wyrostka u dzieci miewa przebieg znacznie cięższy, niż u dorosłych. Przyczyny tego dopatrują się bądź w obfitości tkanki limfoidalnej w wyrostku, bądź w większej wrażliwości otrzewnej u dzieci (Sonnenburg), bądź w niedostatecznem zaopatrzeniu ustroju dziecięcego w ciała ochronne (Nothnagel). Postacie ciężkie, z dążnością do zgorzeli, do przedziurawienia, zdaniem wielu autorów, występują u dzieci znacznie częściej, niż u dorosłych. Pierwotne rozlane zapalenie otrzewnej występuje podług Seltera w połowie operacyjnych przypadków, — u dorosłych tylko w $^1/_5$—$^1/_3$ przypadków. Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego obejmuje prawie wszystkie sprawy chorobowe przewlekłe, jakie się toczą w samym wyrostku lub w tkankach otaczających; często nie sprawiają one za życia żadnych dolegliwości i wykrywane bywają dopiero przy sekcyi, — zawsze jednak kryją w sobie niebezpieczeństwo ostrego nawrotu. W większości przypadków sprawy przewlekłe przebiegają z objawami nietypowymi, już to jako bóle żołądkowe, jelitowe, nerkowe, wątrobowe, bóle przy chodzeniu itd. Jedynie dokładne badanie przedmiotowe przez powłoki i przez odbytnicę może wykryć istotę cierpienia.

Ogólnie znane zasady leczenia wewnętrznego zapaleń wyrostka są następujące: bezwzględny spokój, głód, lód na brzuch, wewnętrznie makowiec, w późniejszym okresie gorące okłady. Co do podawania makowca, to w ostatnich latach zdania się podzieliły — zwiększa się coraz bardziej liczba autorów, dowodzących, iż podawanie makowca nietylko nie jest potrzebne, lecz nawet wprost szkodliwe; twierdzą oni, że niejeden nieszczęśliwie zakończony przypadek zapalenia wyrostka należy kłaść na karb tej metody leczenia. Stany zapalne w jamie brzusznej same przez się znoszą ruch robaczkowy jelit na cały czas trwania zapalenia. Samoistne wypróżnienie zwykle zjawia się jako objaw powrotu do zdrowia, niekiedy tylko trzeba się uciekać do środków pomocniczych. W lekkich więc przypadkach makowiec jest zbyteczny, a nawet przez sztuczne wywoływanie zaparcia i nagromadzanie się kału w jelicie grubem może przeszkadzać tak pożądanemu wylaniu się treści zapalnej wyrostka do kątnicy, — a zwiększając ciśnienie w samym wyrostku ułatwiać przedziurawienie. W przypadkakh zaś ciężkich, — gdzie pomimo zupełnego spokoju jelit, bądź sztucznie wywołanego, bądź samoistnego, wcale nie następują zrosty, — podawanie makowca nie ma żadnego znaczenia. Do tego dołącza się uspokajające działanie makowca, które właśnie w tych ciężkich przypad-

kach wywołuje sztuczną rzeźwość, maskując ciężki stan chorego i pozbawiając lekarza tak cennych objawów postępu choroby, jak ból i bolesność na ucisk. W tych więc razach podawanie makowca jest wprost szkodliwe. Dla złagodzenia bólów radzą podawać beladonę lub kodeinę. — Leczenie metodą wręcz odwrotną, — środkami przeczyszczającymi, już zarzucone, w ostatnich czasach zostało zalecone przez Sonnenburga, który w ostrem zapaleniu wyrostka zaleca podawanie olejku rącznikowego, lecz używa tego środka raczej w celu rozpoznawczym; jeżeli w krótkim czasie nie następuje znaczna poprawa, — operuje natychmiast. — Dosadnie wyraża się on, iż należy trzymać w jednej ręce butelkę z olejkiem, w drugiej nóż. Przez opróżnienie jelita grubego i przez wywołanie skurczów wyrostka robaczkowego ma olejek ułatwiać wylanie się treści zapalnej do kątnicy, lecz przy tych skurczach łatwo może nastąpić przedziurawienie; — z drugiej zaś strony ruch robaczkowy jelit może wywoływać rozrywanie się już utworzonych zrostów i tą drogą wywołać szybkie zajęcie otrzewnej rozlane.

Chociaż walka pomiędzy internistami a chirurgami nie ustała dotychczas, chociaż i teraz jeszcze pewna część lekarzy twierdzi, że zapalenie wyrostka należy wyłącznie do internisty, leczenie chirurgiczne jednak zyskuje coraz bardziej popularność, jako jedynie racyonalne i doszczętnie usuwające nietylko skutki, lecz i samo źródło choroby, — wyrostek robaczkowy.

Operacyjna metoda leczenia musi być szczególnie uwzględniona w zastosowaniu do dzieci, u których, jak już wyżej zaznaczyłam, przebieg wogóle bywa cięższy, często nietypowy, i nagłe, niespodziane pogorszenia wśród najłagodniejszego przebiegu nie należą do wyjątków; z tego względu większość autorów radzi operować u dzieci nietylko najczęściej, lecz i najwcześniej.

# III. O leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci.

Napisał

**Wacław Jasiński** (Łódź).

Gruźlicze zapalenie otrzewnej do r. 1884 uważano prawie powszechnie za postać nieuleczalną, w przypadkach wyleczonych wyłączano gruźlicę, skąd powstały opisy nowych postaci: »ascite essentielle des jeunes filles« (Cruveilhier), »peritonitis serosa simplex« lub »non tuberculosa« (Henoch, Filatow). Laparotomia wykazała dowodnie, że w postaciach z niewątpliwemi i wybitnemi zmianami gruźliczemi możliwe jest wyleczenie »anatomiczne«; ilość odpowiednich spostrzeżeń jest już znaczna i nowsi badacze zaliczają gruźlicze zajęcie otrzewnej do łagodniejszych przejawów gruźlicy. Zgodności poglądów co do istnienia niegruźliczego zapalenia otrzewnej dotąd niema; większość uznaje istnienie tej postaci, nadmieniając, że podobne przypadki zaliczać należy do niezmiernie rzadkich (Marfan, Heubner), inni odrzucają zupełnie tę postać (Borchgrevink, Dörfler). Rokowanie zależy: 1) od charakteru zakażenia: ostre rozlane zapalenie otrzewnej, jako jeden z objawów rozsianej gruźlicy daje prawie zawsze zejścia śmiertelne (u dzieci spostrzegano zejścia w postać przewlekłą); zapalenie otrzewnej, jako powikłanie gruźlicy jelit, gruczołów krezkowych oraz przy jednoczesnem zajęciu opłucnej i płuc da rokowanie bardziej wątpliwe, niż pierwotne gruźlicze zapalenie otrzewnej; istnienie tej ostatniej postaci, przez wielu badaczy odrzucane (Pribram, Borschke, Vierordt), ma licznych zwolenników (Mazzoni, Osler i t. d.); niektórzy (Pic) podnoszą częstość tej właśnie postaci u dzieci. Marfan przypuszcza, że zakażenie otrzewnej następuje drogą układu krwionośnego i pierwotne gruźlicze zapalenie otrzewnej powstaje u osobników odpornych (które nie uległy rozsianej gruźlicy), wskutek czego i rokowanie jest pomyślniejsze. 2) Rokowanie zależy od postaci zapalenia: najlepsze daje postać wysiękowa (serosa), mniej pomyślne włóknisto-serowata; postać zlepna najbardziej obfituje w powikłania. W przypadkach Schmida w pierwszej postaci było 70 %

wyzdrowień trwałych, w drugiej 57%, w zlepnej 50% (dane dotyczą wyłącznie dzieci); według Franka najgorsze rokowanie daje postać serowatą (ulcero-caseosa), — w postaciach zlepnych widział Frank 21,1% w surowiczych, 50% wyzdrowień. 3) Borchgrevink rokuje na zasadzie badania gruzełków: gruzełki, nie obfitujące w komórki, otoczone dokoła tkanką łączną, skłonne są do zaniku, w tych zaś przypadkach, gdzie gruzełki obfitują w komórki i ciałka białe, następuje zserowacenie i zejście jest wątpliwe. Zejście śmiertelne często zależy od powikłań; najgroźniejszemi powikłaniami są: zamknięcie światła jelit, przetoki kałowe, zapalenie okołopępkowe (»inflammation periombilicale« Vallina), zanik narządów jamy brzusznej (wątroby, śledziony) wskutek upośledzenia w odżywianiu; częstą przyczyną zejścia śmiertelnego bywają sprawy wtórne, bądź pochodzenia gruźliczego (gruźlica płuc, opon, — prosówkowa), bądź posoczniczoropne. U dzieci powikłania występują jednak rzadziej, niż u dorosłych i cięższe nawet (przetoki kałowe, ropnie okołopępkowe) dają dość często zejście pomyślne.

Leczenie wewnętrzne (zachowawcze) gruźliczego zapalenia otrzewnej posiada niezaprzeczoną racyę istnienia. Przedewszystkiem wzmocnić należy siłę leczniczą ustroju przez warunki higieniczne i odżywianie; doniosłe znaczenie ma leżenie w łóżku, możliwie na świeżem powietrzu (aération continue); dobre wyniki, nawet w postaciach-włóknisto serowatych, daje pobyt nad morzem (Marfan, Comby, Martin, Lalesque), jednoczesne zmiany w płucach nie stanowią przytem przeciwwskazania (Lalesque); zalecają też pobyt w klimacie górskim — (Liegekur im Hochgebirge), (Stooss). W odżywianiu chorego liczyć się trzeba z częstemi zaburzeniami trawiennemi (brak łaknienia, nieżyty jelit); gdzie można, stosować należy forsowne odżywianie: przetwory odżywcze, tran. Środki apteczne mają znaczenie pomocnicze; poza leczeniem objawowem (zwalczanie biegunki, środki przeciwgorączkowe) zalecają kreozot, żelazo, glicerofosforan wapniowy, wreszcie jod, który znalazł zastosowanie zarówno wewnętrznie (syrop jodowy z żelazem lub tanniną (0,016) (0,03), jodoform z kreozotem w pigułkach (Ieo)), jako też w postaci wstrzykiwań (Lhota, Sclavo, Durante).

Leczenie miejscowe bywa stosowane w różnych postaciach: nacierania nalewką jodową z dodatkiem kleiny (kollodyum) należy do najdawniejszych; zastępowano je wcieraniami maści jodoformowej z tranem (Ieo) lub dodatkiem jodoformu (1:20) do szarego mydła. Wcierania szarego mydła licznych mają zwolenników (Pribram, Baginsky), łączą je też z następnymi okładami Priessnitza (Lhota); Fiłatow nie wierzy w ich skuteczność, zalecając raczej wcierania szaruchy. Stosowano też wcierania gwajakolu, które łagodzić mają bóle i obniżać ciepłotę; po wcieraniach tych jednak widywano objawy zapadu (Marfan, Fiłatow). Sehrwald poleca okłady alkoholowe (96%

alkohol, niedziurkowana cerata), Durante miesienie brzucha lub elektroterapię (prądem stałym). Zastosowano również rentgenizacyę (Ausset i Bédart), choć niektórzy (Grange) uważają ją za zabieg niebezpieczny wskutek zbyt znacznego przekrwienia następczego. Oppenheimer (1907) ogłosił niedawno dobre wyniki po stosowaniu kąpieli słonecznych, których pomyślne działanie tłómaczy przekrwieniem otrzewnej. Oprócz powyższych, stosowano cały szereg przemywań jamy brzusznej środkami odkażającymi, wodą wyjałowioną, wprowadzano do jamy brzucha powietrze wyjałowione (Mosetig-Moorhof, Nolen), wstrzykiwano surowicę psa (Kirmisson) i t. p.; wspomnieć wreszcie należy o t. zw. autoseroterapii (Gilbert-Tovake); t. j. o wstrzykiwaniu pod skórę wysięku, wyciągniętego z jamy brzusznej, a posiadającego niezaprzeczone własności bakteryobójcze. Leczenie wstrzykiwaniami tuberkuliny wypróbowano dotąd w bardzo nielicznych przypadkach.

Leczenie zachowawcze ma więc szerokie pole; — a jeżeli jednak przy odpowiednich warunkach higieniczno-dyetetycznych i leczeniu wewnętrznem wahania ciepłoty trwają, obwód brzucha nie zmniejsza się, a wyniszczenie wzrasta, większość zaleca laparotomię; istnieją jednak i bezwzględni przeciwnicy leczenia operacyjnego (Borchgrevink, Comby i t. d.).

# Szkic rozwoju pedyatryi polskiej

(wygłoszone na posiedzeniu inauguracyjnem Sekcyi pedyatrycznej Tow. lekarskiego łódzkiego).

Podał

**W. Jasiński** (Łódź).

---

Pedyatrya wyodrębniona została, jako osobna gałęź wiedzy lekarskiej z chwilą, gdy w wielkich miastach Europy powstawać zaczęły osobne szpitale dla dzieci, t. j. z początkiem XIX stulecia (pierwszy szpital w Paryżu w r. 1802). Jakkolwiek bowiem już wcześniej ukazywały się zrzadka dzieła, traktujące o chorobach dzieci, były to jednak raczej popularnie ujęte wskazówki dla rodziców i wychowawców, niż prace, oparte choćby na doświadczeniu klinicznem. Lekarze polscy w tym względzie nie dali się innym uprzedzić, nie mówiąc bowiem o tem, iż pierwsze wogóle dzieło z zakresu pedyatryi spisane zostało (według wykładów prof. Mercurialisa) w r. 1583 przez Polaka (Jana Chróściejowskiego), w piśmiennictwie naszem już w początkach XIX stulecia zjawia się szereg prac, poświęconych »nauce roztropnego chowania dzieci«: w r. 1805 wychodzi z pod pióra Jędrzeja Sniadeckiego rozprawa »O fizycznem wychowaniu dzieci«, lata następne przynoszą około 15 prac popularnych z tej dziedziny. Dość wcześnie również przyswojono literaturze ojczystej podręczniki, poświęcone systematycznemu już wykładowi chorób dzieci; — pierwsze dzieła tej treści wychodzą jako przeróbki lub przekłady dzieł obcych już w r. 1810—1830 i stanowią dorobek naukowy profesorów wszechnicy wileńskiej; następne przekłady podręczników wychodzą w Warszawie i Krakowie w latach od 1870 do 1886, wreszcie w r. 1906 (Comby), — ogółem przekładów takich mamy siedem, oryginalnego jednak podręcznika chorób dzieci piśmiennictwo nasze nie posiada.

Właściwy rozwój pedyatryi polskiej uległ znacznemu opóźnieniu wskutek niezmiernie trudnych warunków, jakie towarzyszą powstaniu osobnych szpitali dla dzieci: kiedy bowiem w Paryżu już w r. 1802 założony został szpital o kilkuset łóżkach,

w którym od założenia przebywą corocznie 2—3 tysięcy dzieci, u nas zwolna i tylko dzięki ofiarności prywatnej powstają małe i biedne szpitale dla dzieci; szpitale te mieszczą się początkowo w małych, wynajętych lokalach (Lwów 1845, Warszawa 1869) i liczą po kilkanaście łóżek. Potrzebę kliniki dla dzieci uznano dość wcześnie w Krakowie w r. 1833; potrzebie tej na razie uczyniono zadość przez oddzielenie dla dzieci 12 łóżek przy klinice położniczej i zobowiązanie profesora położnictwa do wykładów pedyatryi (po 2 godziny tygodniowo w ciągu jednego półrocza). Od r. 1864 dopiero rozpoczyna odrębne wykłady z dziedziny pedyatryi prof. dr Maciej Leon Jakubowski, posiłkując się materyałem własnej polikliniki; w r. 1874 klinika pedyatryczna oddzielona zostaje od położniczej i powstaje osobna katedra pedyatryi. (W Niemczech pierwsza klinika pedyatryczna powstaje w Wiedniu w r. 1850). Od r. 1876 klinika pedyatryczna mieści się już w osobnym szpitalu dla dzieci św. Ludwika, który w chwili otwarcia obliczony był na 72 łóżka, obecnie zaś mieści ich 120. Od r. 1897 posiada Kraków prócz szpitala św. Ludwika mały oddział dla dzieci przy szpitalu żydowskim. Druga katedra pedyatryi powstała we Lwowie dopiero w r. 1904; odrębna klinika pedyatryczna we Lwowie jest już ukończona i niebawem działalność swą rozpocznie. Szpital św. Zofii we Lwowie, istniejący w skromnych warunkach już od r. 1845, przeniesiono do osobnego gmachu w r. 1878; obecnie liczy on 120 łóżek. Innych katedr pedyatryi na ziemiach polskich nie posiadamy, (nie miał jej wcale uniwersytet warszawski); — szpitale zaś dla dzieci, jakie w Poznańskiem i Królestwie istnieją, zawdzięczają swe powstanie wyłącznie ofiarności prywatnej i walczą ustawicznie z brakiem środków. W Warszawie osobny szpital dla dzieci powstał już w r. 1869; od roku 1875 szpital ten przeniesiono do osobnego gmachu (przy ul. Aleksandryi), w roku zaś 1884 rozszerzono, tak iż obecnie liczy on 130 łóżek stałych. Jedyny w Królestwie oddział dla niemowląt istnieje przy Domu wychowawczym w Warszawie; Dom wychowawczy posiada także oddział dla starszych dzieci, oraz pawilon dla chorób zakaźnych o 3 oddziałach. W r. 1879 powstaje w Warszawie szpital żydowski (im. Baumanów i Bersonów) przy ul. Śliskiej, w r. 1893 prywatny zakład leczniczy pod kierunkiem dr Bączkiewicza, wreszcie w r. 1902 oddział dla chorób zakaźnych przy szpitalu żydowskim na Czystem. Łódź od r. 1905 posiadą kosztem prywatnym wzniesiony duży szpital dla dzieci im. Anny Maryi o 4 oddziałach, lecz jak dotąd bez oddziału dla niemowląt, drugi szpital (żydowski) ma być wzniesiony w niedalekiej przyszłości. W Wilnie od r. 1906 rozpoczął działalność oddział zakaźny dla dzieci na przedmieściu Zwierzyniec. wreszcie niedługo ma być otwarty osobny oddział dla dzieci w Lublinie. W Poznańskiem od r. 1877 funkcyonuje szpital św. Józefa w Poznaniu, liczący obecnie 50 łóżek, oraz mały szpital w Bydgoszczy.

Ubogo więc przedstawia się jeszcze pomoc szpitalna dla dzieci na ziemiach polskich: nie przesadzimy, mówiąc, że każda z dużych stolic europejskich większymi, niż my, razem wzięci, rozporządza środkami; 2 katedry i kliniki uniwersyteckie, 3—4 większe szpitale oraz kilka małych oddziałów dlą dzieci, to wszystkie już, a tak nieliczne przecie placówki, na których pracować i wyrabiać się mogą pedyatrzy polscy. Trudno więc porównywać olbrzymi już dorobek naukowy, jakim pedyatrya wogóle poszczycić się może, z tem, co pedyatrzy polscy, w tak uciążliwych pracując warunkach, dodać do niego mogli. A jednak te skromne i nieliczne placówki, jakie z trudem o byt wprost walczyć muszą, przyczyniają się jednocześnie do wyrobienia zastępu lekarzy, poświęcających się wyłącznie pedyatryi, oraz do powiększania dorobku naukowego z tej dziedziny. Ilość prac z zakresu pedyatryi w ostatniem dziewięcioleciu zwiększa się ośmiokrotnie i głównie dzięki osobnym szpitalom dla dzieci, jaki na ziemiach polskich w ciągu ostatnich lat 30 powstały. Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego od r. 1890 do 1906 włącznie wykazuje około 700 prac oryginalnych z zakresu pedyatryi, wykaz zaś prac pedyatrycznych z poszczególnych szpitali, zestawiony przez prof. Jakubowskiego w r. 1905, daje pojęcie o żywotności naszych placówek. Według tego wykazu

ze szpitala św. Ludwika w Krakowie od r. 1876 wyszło prac 63 (oprócz opisów i sprawozdań);

z oddziału dla dzieci w Krakowie od r. 1897 wyszło prac 7;

ze szpitala św. Zofii we Lwowie od r. 1889 do 1899 wyszło prac 9 (wyłącznie z chirurgii dziecięcej);

ze szpitala św. Józefa w Poznaniu od r. 1877 wyszło prac 13 (większość z chirurgii dziecięcej);

ze szpitala przy ul. Aleksandryi w Warszawie od r. 1870 wyszło prac 130 (38 z chirurgii dziecięcej);

ze szpitala przy ul. Ślizkiej w Warszawie od r. 1877 wyszło prac 44;

z Domu wychowawczego w Warszawie od r. 1892 wyszło prac 22;

z lecznicy dr Bączkiewicza w Warszawie od r. 1896 wyszło prac 8;

wreszcie ze szpitala Anny Maryi w Łodzi od r. 1905 prac 26.

Nie kusimy się o przedstawienie w tym krótkim rysie całego materyału bibliograficznego z zakresu pedyatryi [1]), dla pojęcia jednak o rozwoju pedyatryi polskiej niezbędną będzie pewna charakterystyka dorobku naukowego z tej dziedziny. Oddzielne działy naszej specyalności rozmaicie uwzględnione zostały w ruchu piśmienniczym. Brak pracowni przy szpitalach i nieznа-

[1]) Do opracowania bibliografii zamierzamy niebawem przystąpić.

czna ilość katedr odbiły się dotkliwie na ilości prac teoretycznych: pomiędzy kilkunastu ledwie pracami tego działu posiadamy pracowicie zebrane dane co do właściwości fizyologicznych i patologicznych okresu dziecięcego (Kamieński), oraz pojedyncze przyczynki co do wzrostu i wagi dzieci (Kosmowski); w zakresie bakteryologii oraz hematologii wyróżniają się prace szkoły krakowskiej (Lewkowicz, Raczyński, Żeleński). Dyetetyka osesków uwzględnioną została niezbyt pokaźnie, co łatwo wytłómaczyć brakiem oddziałów dla niemowląt; — z dwudziestu kilku prac tego działu większość przypada na ogólne zagadnienia co do dyetetyki i zaburzeń trawiennych u niemowląt, (Bączkiewicz, Roszkowski, K.-Daszkiewicz), posiadamy jednak i w tym dziale prace doświadczalne: z mlekiem Gärtnera (Brudziński, Papieski, Raczyński), badania nad zawartością tłuszczu w kale noworodków (Kramsztyk) oraz systematyczne badania bakteryologiczne stolców niemowląt (Brudziński). Stosunkowo dużo (trzydzieści kilka prac) pisano o noworodkach, zajmując się głównie sprawą opatrywania pępowiny, cucenia noworodków (K.-Daszkiewicz), sprawą kąpania noworodków w pierwszych dniach życia i t. p.; zaniedbaną w tym dziale jest sprawa zakażeń septycznych. Upośledzony co do liczby jest dział chorób ogólnych ustroju i przemiany materyi: mało pisano o zołzach, (Brudziński); krzywica, oprócz rozpraw ogólnych (Sterling, Brudziński, Prechner) uwzględnioną jednak została w doświadczeniach (Quest); nowe postacie chorobowe uwzględnione zostały bądź w opisach, jak choroba Barlowa, bądź w cennych przyczynkach klinicznych, jak obrzęk śluzowaty, mongolizm (Brudziński, Lewkowicz).

Przymiot dziedziczny opisany został głównie w zakresie symptomatologii; w sprawie gruźlicy posiadamy pojedyncze prace o częstości występowania i rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci (Brudziński, Raczyński), uleczalności (Bronowski); ogłoszona w roku zeszłym metoda rozpoznawcza Pirqueta szybko znalazła oddźwięk w piśmiennictwie pedyatrycznem (Progulski, W. Jasiński, Kopeć, Zembrzuski). Chirurgia wieku dziecięcego uwzględnioną została w stu kilkudziesięciu pracach, z których większość przypada na oddziały szpitalne (R. Jasiński, Bossowski, Schramm, Drobnik i inni).

Z kliniki chorób wewnętrznych najpokaźniej co do liczby przedstawia się dział chorób nerwowych u dzieci; większość prac tego działu zawdzięczamy zresztą neuropatologom, — kliniki dziecięce dały jednak również ciekawe przyczynki bądź w opisach ciekawych przypadków (choroba Friedreicha, Littlea), bądź w ocenie nakłucia lędźwiowego (Raczyński, Lewkowicz); z klinik dziecięcych wyszło wreszcie kilka prac o tężyczce (Kramsztyk, Kraushar).

Najwięcej pochłaniały uwagę pedyatrów naszych ostre choroby zakaźne, poświęcono im bowiem trzecią część całego dorobku literackiego z zakresu pedyatryi. Sto z górą prac liczy błonica; wyniki porównawcze leczenia dławca intubacyą i tra-

cheotomią ogłosił już w r. 1891 prof. Jakubowski; dalsze przyczynki w tej sprawie (Czarnik, Sachs, Poznański) są jeszcze skąpe i na szczupłym oparte materyale. Znaczne ożywienie wywołała w piśmiennictwie surowica przeciwbłonicza; w pierwszym zaraz roku po jej wprowadzeniu ogłoszono trzydzieści kilka przyczynków w tej sprawie, w następnych latach przybyło drugie tyle. Uwzględniono również klinikę błonicy, pisząc o zmianach krwi (Kucharzewski), o błonicy u osesków (Rabek), o błoniczem zapaleniu spojówek u dzieci (Mogilnicki) i t. p.; w ostatnich latach wreszcie przybyły prace o uodpornieniu przeciw błonicy (Dzierzgowski), o jadzie błoniczym (Gastmanowa, Nitsch) i antytoksynie (Brunner-Pinkus). Dość dużo prac (około 50) poświęcono płonicy, i tutaj leczenie surowicą wiele zajęło miejsca: posiadamy w tym względzie zarówno sprawozdania z oddziałów szpitalnych (Malinowski, Brudziński) i in. jak i pojedyncze przyczynki i spostrzeżenia wraz z krytyczną oceną samej metody (Kamieński). Mniej uwzględniono kliniczną stronę płonicy; pisano wprawdzie dość wcześnie o nawrotach w płonicy (Gutentag, Arnstein), o powikłaniach płonicy (Malinowski), niektóre jednak braki w tym dziale (rzadsze powikłania, zapalenie nerek popłonicze) zapełniają dopiero ostatnie lata (Schoenaich, Biehlerowa). Odrę i krztusiec (Malinowski) uwzględniono jeszcze niedostatecznie, brak również poważniejszych badań co do ospy. Zapalenie opon mózgowych uwzględnione zostało szerzej szczególniej co do etyologii (Droba-Kučera, Lewkowicz, Eisenberg); niedawno otrzymaliśmy przyczynki co do występowania tej postaci u osesków (Progulski). Z innych postaci dużo pisano o leczeniu tężca noworodków (Żeleński, Rabek i inni), o przebiegu u dzieci różnych postaci duru (Czarnik Mogilnicki, Wolberg), o zarazku czerwonki (Brudziński, Ciechanowski, Nowak, Lewkowicz), wcześnie bardzo o nowych postaciach wysypek (Kramsztyk, Brudziński), o różyczce (Kramsztyk, Brudziński), gorączce gruczołowej (Bronowski), o zakażeniach mieszanych odrą i płonicą (Ciągliński, Brudziński) i t. p.

Z zakresu higieny wieku dziecięcego najwięcej miejsca poświęcono higienie szkolnej, ze statystyki uwzględniono kilkakrotnie sprawę śmiertelności niemowląt (Kamieński, Krysiewicz, Nowak). Dział szpitalnictwa posiada parę studyów o szpitalnictwie dziecięcem (Brudziński, Sterling) kilka opisów szpitali oraz szczegółowe sprawozdania z większych szpitali dziecięcych. (Kraków, Lwów, Łódź).

# STRESZCZENIA.

## Archiv für Kinderheilkunde.

P. Sommerfeld. **O wydzielaniu soku żołądkowego oraz kilka uwag o wydzielaniu śliny.** Tom 49, zeszyt 1 i 2, 1908.

Badanie wykonano u 9-letniej dziewczynki, u której z powodu zupełnego zamknięcia światła przełyku wykonano otwarcie żołądka i przecięcie przełyku (gastrotomię i ezofagotomię). Dzięki złączeniu obu ran gumową rurką, dziewczynka mogła przeżute pokarmy wprowadzać do żołądka. Wobec przerwania połączenia między żołądkiem i jamą ustną, można było z jednej strony określać ilość śliny, wydzielonej przy żuciu pokarmów, z drugiej strony czysty sok żołądkowy, wydzielany podczas żucia, czyli podczas »karmienia rzekomego«. (Scheinfütterung).

Po opisaniu metody badania zajmuje się autor bodźcami, wywołującymi wydzielanie się soku żołądkowego i dochodzi do wniosku, że żadne mechaniczne bodźce, jak żucie kamienia, ssanie smoczka gumowego, jak również bezpośrednie drażnienie mechaniczne błony śluzowej żołądka nie wywołuje wydzielania soku żołądkowego. Natomiast sok żołądkowy wydziela się przy piciu (wrzekomem) wody i pod wpływem bodźców psychicznych (widok ulubionych potraw, dłuższa rozmowa o łakociach). Wydzielanie soku żołądkowego następuje zazwyczaj już po upływie 3—5 minut od początku żucia i trwa dłużej, niż samo żucie pokarmów.

Otrzymywany podczas karmienia rzekomego czysty sok żołądkowy badał autor pod względem ciężaru gatunkowego, punktu zamarzania, przewodnictwa elektrycznego, suchych części składowych, ogólnej kwasności, ilości kwasu solnego wolnego, ilości chlorków. Z wyników tych należy podnieść, że ilość chlorków w czystym soku żołądkowym jest większa, niż dotąd powszechnie przyjmowano, a mianowicie wynosi 0,57%, z czego na wolny kwas solny przypada 0,445%. Podobne wyniki otrzymali również Pawłow i Bickel. Pod względem zdolności peptonizowa-

nia, największą zdolność posiada sok, wydzielony podczas karmienia rzekomego mięsem, słabszą — przy karmieniu chlebem, najsłabszą — przy karmieniu pokarmami mieszanymi i mlekiem.

Co do ilości śliny, wydzielanej podczas żucia, to częstokroć jest ona znaczna (do 300 gr. podczas 40-minutowego żucia), lecz jakiegoś stałego związku między jakością pokarmu a ilością śliny, autor, wbrew twierdzeniu Pawłowa, nie stwierdził.

Do pracy dołączone są liczne tablice z wynikami poszczególnych badań soku żołądkowego i opisem oddzielnych doświadczeń. *Wł. Schoenaich* (Łódź).

Engel. **W sprawie wydzielania soku żołądkowego u niemowląt.** Tom 49, zeszyt 1 i 2, 1908.

Do obecnej chwili nie mamy dokładnego rozbioru czystego soku żołądkowego niemowląt. Engel badał sok żołądkowy u 4-tygodniowego dziecka, któremu, wskutek kurczu odźwiernika, w celu karmienia założono przetokę w jelicie czczem. Mimo zupełnego wyłączenia żołądka z trawienia wymioty nie ustąpiły. Badanie wymiocin wykazało obecność pepsyny, kwasu solnego i t. d. W ciągu 3 tygodni (aż do śmierci dziecka) autor badał systematycznie ten czysty sok żołądkowy, otrzymując go zapomocą zgłębnikowania.

Dlaczego w tym przypadku przy braku podniet ze strony jamy ustnej i żołądka sok żołądkowy wydzielał się w znacznej ilości, odpowiedzieć trudno. Engel przypuszcza, że podnietą do czynności wydzielniczej żołądka było karmienie dziecka przez przetokę jelitową. Przy każdorazowem zgłębnikowaniu, niezależnie od tego, czy ono było wykonane przed, czy po karmieniu, czy też w przerwie między 2 posiłkami, lub po kilkakrotnych wymiotach, zawsze można było otrzymać 20—30 cm$^3$ czystego soku żołądkowego. Wymioty występowały często do 10 razy dziennie, wobec czego należy przypuszczać, że żołądek w ciągu 24 godzin wydzielał 100—200 cm$^3$ soku.

Badanie jakościowe soku żołądkowego niemowlęcia wykazało obecność w nim wszystkich tych składników, jakie spotykamy w soku żołądkowym dorosłych, przedewszystkiem kwasu solnego, pepsyny i podpuszczki. Obecności lipazy autor nie stwierdził. Pod względem ilościowym również sok żołądkowy 4-tygodniowego dziecka, (dane ugrupowane w tablicach), niczem nie różni się od soku żołądkowego starszych dzieci i dorosłych. Co się tyczy ilości kwasu solnego, to Engel otrzymał nieco mniejsze liczby (0,256%), niż Bogen i Sommerfeld przy badaniu soku żołądkowego starszych dzieci. Fakt ten da się objaśnić brakiem prawidłowych podniet ze strony jamy ustnej, — żucia. W każdym razie wyniki autora świadczą o braku nadkwaśności przy kurczu odźwiernika.

Wobec choroby dziecka i wobec braku prawidłowych podniet do wydzielanią soku żołądkowego pozostaje nierozstrzy-

gniętem pytanie, czy Engel miał w ręku sok prawidłowy, czy też chorobowo zmieniony. Pytanie to mogą rozstrzygnąć dalsze porównawcze badania soku żołądkowego u niemowląt.

*Wł. Schoenaich* (Łódź).

M a u t n e r. **O pyłkach mleka (laktokoniach).** Tom 49, zeszyt 1 i 2, 1908.

Pod powyższą nazwą opisali Neumann i Kreidel drobne, ruchome ciała, widoczne w mleku tylko pod ultramikroskopem Mautner badał zmiany, jakim podlegają te ciałka pod wpływem różnych odczynników. Mikrochemiczne badanie wykazało, że owe ciałka składają się z sernika. W mleku krowiem jest ich o wiele więcej, niż w mleku kobiecem. Gdy mleko kobiece postoi 6—7 godzin, otrzymujemy pod mikroskopem obraz, zbliżony do mleka krowiego: bardzo liczne ciałka, które jednak po dodaniu eteru znikają, co świadczy, że są to »wrzekome laktokonia«, składające się z tłuszczu. Te rzekome laktokonia różnią się od prawdziwych tem, że są nieruchome. Po dodaniu do mleka kobiecego 1°/₀ rozczynu sernika, otrzymywał autor obrazy mleka krowiego. Laktokonia znikają z mleka pod wpływem słabych ługów, powstaje prawdziwy rozczyn sernika; — jeżeli do takiego rozczynu dodać nieco kwasu do wystąpienia słabo-kwaśnego odczynu, to znów wystąpią laktokonia. Autor badał co do laktokoniów prócz mleka jeszcze sztuczne roztwory białka, jak również mleko Backhausa, zupę Liebiga, maślankę, kefir, mleko bułgarskie i we wszystkich tych przetworach znajdywał typowe laktokonia takie, jakie występują w świeżem mleku krowiem. Wobec takich wyników badanie ultramikroskopowe mleka nie ma znaczenia rozpoznawczego. *Wł. Schoenaich* (Łódź).

S t o l k i n d. **W sprawie klinicznego przebiegu paratyfusu i kazuistyki zakażeń mieszanych paratyfusem B i odrą.** Tom 49, zeszyt 1 i 2, 1908.

Praca ta w znacznej części składa się z danych zaczerpniętych z piśmiennictwa, tyczących się częstości występowania, dróg zakażenia, objawów, przebiegu klinicznego, zejścia paratyfusu A i B i zakażeń mieszanych paratyfusem i durem brzusznym. W końcu opisuje autor swój przypadek paratyfusu B, u rocznego dziecka, który w ciągu pierwszych 7 dni przebiegał przy objawach czerwonki: krwawe, śluzowe wypróżnienia, częste parcie, wypadnięcie odbytnicy. Wystąpienie wybitnego powiększenia śledziony i zwolnienia tętna naprowadziło autora na myśl o paratyfusie. Przypuszczenie to zostało potwierdzone badaniem bakteryologicznem; otrzymano czystą hodowlę paratyfusu z wypróżnień i z krwi i aglutynacyę z bakteryami paratyfusu B. Stan chorego w ciągu 2 tygodni był ciężki, lecz w trzecim tygodniu zaczął poprawiać się, gdy wystąpiła odra. Przebieg odry był bardzo ciężki; ogólne osłabienie, nieprzytomność i rozliczne powikłania,

pleśniawki, zapalenie wrzodziejące ust, zapalenie płuc, znaczne powiększenie wątroby, osłabienie działalności serca. Tętno w ciągu przebiegu odry i zapalenia płuc było zwolnione: wpływ jadu paratyfusu B. Zdrowienie następowało bardzo powoli, gdyż dopiero 85. dnia choroby dziecko mogło o własnych siłach wstać.

*Wł. Schoenaich* (Łódź).

Monti. **O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc surowicą pneumokokową Römera.** Tom 49, zeszyt 1 i 2, 1908.

Na zasadzie 12 przypadków, leczonych surowicą Römera, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) We wszystkich przypadkach pod wpływem surowicy następował spadek ciepłoty, a mianowicie w 3 przypadkach w drugim dniu leczenia, w 6 przypadkach w trzecim dniu, w 3 przypadkach — w czwartym dniu. 2) We wszystkich przypadkach wystąpiło po wstrzyknięciu surowicy polepszenie ogólnego stanu i duszności. 3) Surowica pneumokokowa wywiera wpływ na przebieg ciepłoty. Przy niedostatecznej w stosnnku do ciężkości przypadku dawce pierwsze wstrzyknięcie może pozostać bez żadnego wpływu i dopiero następne wstrzyknięcia wywołują spadek ciepłoty. 4) Surowica wpływa na przebieg sprawy zapalnej w płucach tylko przy odpowiedniej dawce. W przypadkach autora daje się stwierdzić pewien wpływ na miejscową sprawę w płucach dopiero po kilku (2—4) wstrzyknięciach surowicy po 10 cm. Prawdopodobnie wstrzyknięcie jednorazowe surowicy, lub kilkakrotne w ciągu 12 godzin wstrzyknięcie mniejszych dawek mogłoby mieć szybsze i pewniejsze działanie na sprawę zapalną w płucach.

*Wł. Schoenaich* (Łódź).

Muskat. **W sprawie powstawania skrzywień bocznych kręgosłupa.** Tom 49, zeszyt 1 i 2, 1908.

Omówiwszy krytycznie wszystkie dotąd znane czynniki szkodliwe, które mogą wywoływać skrzywienia kręgosłupa: wpływ szkoły, długie siedzenie w niewygodnych ławkach, noszenie małych dzieci na jednej ręce, noszenie książek pod pachą, wrodzone wady kręgosłupa, wreszcie tak zwaną »liczebną zmienność« kręgów (numerische Variation Böhma), polegającą na tem, że bądź ostatni krąg szyjny przemienia się w krąg piersiowy i przytrzymuje pierwsze żebro, bądź pierwszy krąg lędźwiowy przemienia się w 13 krąg piersiowy i przytrzymuje ostatnie żebro, zwraca autor uwagę na nieuwzględniany dotąd czynnik szkodliwy, a mianowicie: nieumiejętne prowadzenie za rączkę dopiero co zaczynających chodzić dzieci.

Przy spostrzeganiu takich dzieci podczas przechadzki można zauważyć następujące zmiany: całe ciało wraz z głową jest pochylone na jedną stronę, poziom ramion nierówny; jedna stopa zlekka tylko dotyka ziemi, gdy druga spoczywa całą powierzchnią na ziemi; górna część ciała jest pochylona ku przo-

dowi; — wszystko to, jeżeli się powtarza często i przez czas dłuższy, może przyczynić się do skrzywienia kręgosłupa, jak to widać z załączonych w pracy rysunków. Wyżej opisaną postawę dziecko przybiera przy chodzeniu dlatego, że niemoże dosięgnąć ręki prowadzącego je człowieka dorosłego. Jak wykazują obliczenia, długość dziecka w tym wieku wraz z wyciągniętą ręką wynosi średnio 69 cm, ręka zas dorosłego znajduje się na wysokości 85 cm; pozostaje do wyrównania przeszło 15 cm. Dziecko, chcąc trzymać się za rękę dorosłego, musi nadmiernie wyciągać odpowiednią (zazwyczaj lewą) rękę wraz z ramieniem, co prowadzi do wyżej opisanej postawy całego ciała.

*Wł. Schoenaich* (Łódź).

## Jahrbuch für Kinderheilkunde.

Ferraris-Wys. **Gościec jako choroba następowa po pląsawicy.** Lipiec 1908.

Związek pląsawicy z gośćcem stawowym nie ulega wątpliwości. Ze wszystkich poglądów na istotę pląsawicy najbardziej racyonalnym wydaje się pogląd Heubnera, który uważa pląsawicę jako równoważnik gośćca: »Rheumatisches Aequivalent«-Teorya ta opiera się na ścisłych danych klinicznych: częste napady gośćcowe, w przebiegu lub przed pląsawicą, zapalenie wsierdzia, tak często wikłające zarówno gościec, jak i pląsawicę, wreszcie stosunkowo rzadkie występowanie gośćca u dzieci. Wszyscy badacze, zajmujący się stosunkiem pląsawicy do gośćca, stale wykazywali częstość występowania gośćca przed pląsawicą, autor zaś zajmuje się przedewszystkiem rozstrzygnięciem pytania, jak często występuje gościec po pląsawicy. W tym celu zebrał dane co do 51 przypadków pląsawicy, leczonych w szpitalach w Zurychu od r. 1874 do 1907. Z przypadków tych tylko o losie 35 można było dowiedzieć się pewnych danych, a mianowicie: U 80% dzieci wykazać można było związek pomiędzy pląsawicą, gośćcem stawowym i zapaleniem wsierdzia. Gościec przed pląsawicą stwierdzono w 31%, po pląsawicy w 40%, zapalenie wsierdzia po pląsawicy w 54,3% przypadków. Dane te, zdaniem autora, przemawiają za tem, że pląsawica, gościec stawowy i zapalenie wsierdzia są trzema okresami jednej i tej samej postaci chorobowej, jakgdyby trzema aktami jednego dramatu, jak się obrazowo wyraża. Akty te mogą następować jeden po drugim w różnym porządku. *T. Mogilnicki* (Łódz).

Weissenberg. **Wzrost głowy i twarzy.** Wrzesień 1908.

Spostrzeżenia swoje opiera autor na 25 niemowlętach, chłopcach pięcio-, dziesięcio- i piętnastoletnich, jak również 10-letnich dziewczętach, na 50 dorosłych kobietach i 100 dorosłych mężczyznach. Badania robił W. w południowej Rosyi wyłącznie

u Żydów. Zbierał następujące pomiary: długość ciała, długość głowy, szerokość głowy, obwód głowy, wysokość twarzy, szerokość twarzy, wysokość nosa, górna i dolna szerokość nosa. Z szczegółowych tablic wypływa, że czaszka rośnie najsłabiej i dosięga ostatecznego swego rozwoju już w wieku młodzieńczym, górna połowa twarzy rozwija się początkowo szybciej a następnie wolniej, dolna rośnie najwolniej i najpóźniej dosięga szczytu swego rozwoju. Rozmiary głowy kobiecej są wogóle mniejsze, niż u mężczyzn, a stosunki poszczególnych pomiarów zbliżone są do stosunków u dziecka. *T. Mogilnicki* (Łódź).

F. Szontagh: **Kilka uwag o leczeniu antytoksycznem błonicy.** Wrzesień 1908.

Spostrzeganie kliniczne 1000 przypadków błonicy w przeciągu lat dziewięciu nasunęło autorowi następujące wątpliwości co do leczniczego działania surowicy. Nie każdy przypadek błonicy kończy się pomyślnie, nawet jeżeli surowicę wstrzyknięto wcześnie i w ilości dostatecznej. Istnieją przypadki złośliwej błonicy, szczególniej u osobników gruźliczych, lub po odrze i płonicy, które nie poddają się leczniczemu działaniu surowicy. Przyczyna tego faktu jest nieznana, w każdym razie przypadki takie zdarzają się rzadko. Nie należy przypuszczać jednak, że przyczyną złośliwości przebiegu błonicy ma być koniecznie zakażenie mieszane. Prawdopodobnie w tych złośliwie przebiegających przypadkach, nie poddających się leczeniu surowicą, osobnik jest szczególnie wrażliwy na jad błoniczy. Surowica niema znaczenia odtrutki, zobojętniającej jad błoniczy i dlatego nie może ona ani uprzedzać występowania porażeń pobłoniczych, ani ich leczyć. Mimo to jest ona znakomitym środkiem leczniczym, wpływa bowiem bardzo dodatnio na sprawę miejscową i tem samem pośrednio zmniejsza niebezpieczeństwo ogólnego zatrucia ustroju. W błonicy krtani (w krupie) wpływ surowicy na sprawę miejscową jest mniej wybitny, niż w błonicy gardła. Co się tyczy objaśnienia sposobu działania surowicy, to autor przypuszcza raczej jej działanie bakteryobójcze. *T. Mogilnicki* (Łódź).

Karnicki. **Przyczynek do fizyologii wzrostu i rozwoju ustroju dziecka.** Październik 1908.

Przez lat 20 autor ściśle badał i sprawdzał rozwój swoich 7 dzieci. Wyniki badań tych mają być później szczegółowo ogłoszone. Obecna praca opiera się na spostrzeżeniach nad szóstem z rzędu dzieckiem od urodzenia do 8 miesiąca, t. j. do daty śmierci. Dziecko to przyszło na świat zdrowe i rozwijało się początkowo zupełnie prawidłowo; do 8 tygodnia otrzymywało ono wyłącznie pierś, potem było ostrożnie dokarmiane mieszaniną mleka krowiego z kleikiem, a od 15 tygodnia przeszło na wyłączne karmienie sztuczne. Co tydzień badano wagę dziecka, długość ciała, obwód głowy i piersi, wypróżnienia i krew.

Wnioski, jakie autor z badań tych wysnuwa, są następujące: Zdrowe dziecko w przeciągu pierwszych kilku dni traci na wadze, następnie waga powoli się wznosi i 10 dnia dochodzi do wagi pierwszego dnia życia. Przybywa dziecku na wadze najwięcej w drugim miesiącu życia. Zdrowemu dziecku powinno stale przybywać wagi, chwilowe nawet zatrzymanie przyrostu wagi jest objawem nieprawidłowym. Pomiędzy 5—6 miesiącem życia waga podwaja się. Przyrost długości ciała jest największy w pierwszym miesiącu. Karmienie sztuczne, nawet najlepiej przeprowadzone, wpływa ujemnie na rozwój dziecka, ostrożne dokarmianie mlekiem krowiem przy karmieniu piersią nie wywiera ujemnego wpływu na dziecko. Badania krwi mają wielkie znaczenie jako przedmiotowa metoda, sprawdzająca prawidłowy rozwój dziecka. *T. Mogilnicki* (Łódź).

Schelbe H. **W sprawie niedokrwistości we wczesnem dzieciństwie.** Październik 1908.

Autor spostrzegał przypadek wrodzonej niedokrwistości u dziecka 1 r. 9-miesięcznego, powikłanej krwawieniami z błon śluzowych i przypominającej krwawiączkę. U dziecka tego, słabo rozwiniętego i bladego, ważącego 10 kg, stwierdzono 3,3 miliony czerwonych ciałek krwi i 30% hemoglobiny, następnie po obfitych kilkakrotnych krwawieniach pochodzenia urazowego i znacznem pogorszeniu się stanu ogólnego w 3 miesiące później badanie krwi wykazało 1,70 mil. cz. ciałek krwi i 20% hemoglobiny. W przypadku tym ani leczenie arszenikowe, ani wstrzykiwanie żelatyny skutku nie odnosiły. Dopiero dzięki 5-krotnie powtarzanym wstrzykiwaniom odwłóknionej świeżej ludzkiej krwi w ilościach od 10—18 $cm^3$ naraz zaczął się stan dziecka poprawiać, ilość czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny stale wzrastała i w 4 miesiące po poprzedniem badaniu stwierdzono 4,8 mil. cz. ciałek krwi i 45% hemoglobiny przy stosunkowo dobrym ogólnym stanie dziecka (waga 14,3 kg). Na zasadzie tego przypadku radzi autor w ciężkiej niedokrwistości u dzieci możliwie wcześnie stosować systematyczne wstrzykiwania.

*T. Mogilnicki* (Łódź).

Lotsch F. **Wyniki stosowania intubacyi w błoniczem zwężeniu krwi.** Październik 1908.

W szpitalu w Magdeburgu spostrzegał autor 71 przypadków zwężenia błoniczego krtani. W 61 przypadkach stosowano zabieg operacyjny, w 59 przypadkach intubacyę pierwotną z zejściem śmiertelnem, w 11 przypadkach tracheotomię pierwotną w 2 przypadkach zakończonych niepomyślnie. W 9 przypadkach dokonano tracheotomii wtórnej, z tych 7 zakończyło się śmiercią. Po szczegółowem omówieniu techniki intubacyi i tracheotomii, dochodzi autor do wniosku, że obie metody operacyjne mogą istnieć współrzędnie i powinny się wzajemnie dopełniać.

Gdzie niema przeciwwskazań, należy stosować pierwotną intubacyę, o ile ona zawodzi lub dokonaną być nie może, trzeba wykonać tracheotomię. *T. Mogilnicki* (Łódź).

Pacchioni i Francioni. **Badania bakteryologiczne w przebiegu odry.** Październik 1908.

Dotychczasowe badania bakteryologiczne pozwalają przypuszczać, że lasecznik krwiochwytny (bac. haemophilicus) jest swoisty dla odry, jakkolwiek badania preparatów z krwi chorych w ogromnej większości przypadków nie dały wyników dodatnich. Lasecznika tego, który morfologicznie jest podobny do lasecznika Pfeiffera, znajdowano bardzo często u chorych na odrę w wydzielinie oczu, nosa i oskrzeli, rzadziej w ropie przy powikłaniach poodrowych. Autorzy, korzystając z nagminnie panującej we Florencyi odry, postanowili przeprowadzić badania bakteryologiczne dla stwierdzenia zapomocą najnowszych metod swoistości lasecznika krwiochwytnego, jak również dla wyjaśnienia istoty samej choroby. Badań dokonywano u 25 chorych. Szczepienie krwi chorych na odrę na rozmaitych podłożach nie wykazało żadnych zarazków, a więc i lasecznika krwiochwytnego. Metoda hemolityczna stosowana z dodatnim wynikiem przez Giarrego i Carliniego, pozwoliła stwierdzić obecność całego szeregu rozmaitych zarazków, lecz nie dała żadnych danych co do wyłącznej lub przynajmniej przeważającej obecności lasecznika krwiochwytnego. Ponieważ bezpośrednio nie udało się wykazać swoistości lasecznika krwiochwytnego, postanowili autorzy badać krew chorych na odrę w stosunku do danego zarazka. Chodziło o wykazanie, czy po przejściu odry krew ma własności ochronne względem lasecznika krwiochwytnego. W tym celu robiono doświadczenia nad powstawaniem we krwi aglutynin, amboceptorów i zdolności co do fagocytozy. Z powodu wielu nastręczających się trudności udało się dojść do pewnych wyników jedynie w dziedzinie fagocytozy, mianowicie stwierdzono, że krew dzieci po przebyciu odry posiada zdolność fagocytozy względem lasecznika krwiochwytnego w stopniu znacznie silniejszym, niż krew dzieci, które nigdy odry nie przechodziły, co potwierdza przypuszczenie o swoistości zarazka. Ciekawe są poglądy autorów na istotę odry. Sądzą oni, że odra jest chorobą miejscową, ograniczoną do górnego odcinka dróg oddechowych, a objawy ogólne zależą od wytwarzanego przez bakterye jadu, który przenika do obiegu krwi. Wysypka zaś odrowa, podobnie jak wysypka w chorobie posurowiczej, jest tylko wyrazem wytwarzania się w ustroju niweczników, poczem następuje trwała odporność.
*T. Mogilnicki* (Łódź).

## Münchener med. Wochenschrift.

F. Siegert. **Nerwowość a odżywianie w wieku dziecięcym.** Nr 38 1908, str. 1963.

Na zasadzie spostrzeganych 60 przypadków występuje autor gorąco przeciw zdawkowej, tak zwanej »dyecie wzmacniającej«, szeroko i bezkrytycznie stosowanej w odżywianiu dzieci. Polega ona na podawaniu zbyt wielkich ilości białka i tłuszczu w postaci mięsa, jaj, mleka i na zupełnem zaniedbywaniu owoców i jarzyn, obfitujących w zasady i drzewnik. Ofiarą powyższej dyety padają najczęściej dzieci hotelarzy, cukierników, restauratorów, rzeźników, a także niestety i lekarzy. Skutkiem nieodpowiedniego odżywiania wywiązuje się »nervositas dystrophica«, która zdaniem autora objawia się: fizycznem i duchowem osłabieniem, tem dziwniejszem, że chory spożywa wielką ilość »pożywnych« pokarmów, żółtą cerą, zaparciem, cierpieniami skóry (lichen urticatus i in.), usposobieniem do częstego zapalenia gardła, zapalenia oskrzeli, usposobieniem do chorób zakaźnych, wzrastającą nerwowością, niepokojem we dnie i w nocy, słabymi postępami w nauce. Autor opisuje szczegółowo 4 takie przypadki, wyleczone podawaniem w wielkich ilościach owoców, jarzyn i ograniczeniem do minimum mleka, jaj, mięsa. Wyniki nader pomyślne już po kilku tygodniach. Większość wyliczonych objawów ustąpiła. Autor nie stosował w powyższych przypadkach żadnych środków aptecznych. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Prof. Hopmann. **Obawa przed wycinaniem migdałków.** Nr 38 1908, str. 1970.

Autor jest gorącym zwolennikiem wycinania migdałków przy przeroście i przy skłonności do chorób zakaźnych; dokonał osobiście 300 wycięć i sądzi, że im dłużej chory posiada powiększone migdałki, tem więcej sposobności do zakażenia przez drobnoustroje chorobotwórcze. Autor uważa częściowe wycinanie migdałków za chybiające celu, ponieważ pozostałe cząstki są również zdolne do wchłaniania drobnoustrojów chorobotwórczych. W obec tego żąda całkowitego i starannego usunięcia migdałków w powyższych przypadkach. Da się to zdaniem autora wykonać tylko w uśpieniu.

*Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

E. Moro. **O nadczułości klinicznej. I. Odczyn tuberkulinowy a układ nerwowy.** Nr 39 1908, str. 2025.

Wcierając w celach rozpoznawczych maść tuberkulinową dzieciom gruźliczym, zauważył autor, że odczyn swoisty zjawia się nietylko na miejscu wcierania, lecz i w innych okolicach powierzchni skóry. Autor rozróżnia: a) odczyn symetryczny (maść wtarta tylko nad prawą brodawką sutkową, odczyn zarówno nad prawą, jak też symetrycznie nad lewą brodawką); b) rozsiany

i odległy odczyn skórny (maść wtarta tylko nad pępkiem, — odczyn w tem miejscu i jednocześnie na piersiach i na szyi); c) jednostronny opasujący współodczyn skóry (maść wtarta pod wyrostkiem mieczykowatym — odczyn w postaci wysypki pęcherzykowej opasuje lewą połowę klatki piersiowej). Odczyn więc zdaniem autora nie zależy ściśle od miejsca stosowania tuberkuliny, lecz od udziału układu nerwowego. W wypadkach a) b) c) podrażnienie przeniosło się z miejsca wcierania do rdzenia. Nerw współczulny bierze też udział w odczynie. Autor stara się udowodnić to następującem doświadczeniem: 12-letniej dziewczynce wtarto maść tuberkulinową nad pępkiem i jednocześnie pod pępkiem wtarto czystą maść resorbinową, względnie lanolinową; odczyn zarówno nad jak i pod pępkiem. Mamy tu jakby »okłamanie« układu nerwowego. Podług autora u chorych gruźliczych istnieje swoista nadczułość układu nerwowego względem tuberkuliny, pewna swoista »allergia«. Odczyn skórny tuberkulinowy jest jedynie objawem naczynioruchowym. Moro nie sądzi, by odczyn zależał od niweczników (Antikörper), (nie uzasadnia jednak wcale tego poglądu); odczyn tuberkulinowy da się wytłómaczyć podług niego w zupełności »teoryą nerwową«.

(Przy szczepieniu tuberkuliny sposobem Pirqueta nie zauważono jednak nigdy powyżej opisanych zboczeń w odczynie. *Przypisek sprawozdawcy*). *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

S. Pfannenstiel: **Zwykła żółtaczka noworodków o ciężkim przebiegu.** Nr 42 i 43 1908, str. 2170 i 2233.

Autor przytacza gruntownie i szczegółowo opracowaną tragiczną historyę choroby 3 dzieci jednej matki, które umierały jedno po drugiem w kilka dni po urodzeniu na ciężką żółtaczkę. Były to noworodki zdrowe. Badania pępowiny podług Levaditiego i odczyn surowiczy przymiotu wypadły ujemnie. Zarówno kliniczny przebieg, jak anatomiczne i drobnowidowe zbadanie zwłok ustaliły tożsamość ciężkiej żółtaczki noworodków ze zwykłą fizyologiczną żółtaczką tychże. (W jednym z opisanych przypadków wywiązało się prócz tego krwawienie z pępowiny; ucisk, przypalanie, wstrzykiwania żelatyny zawiodły zupełnie). Badanie bakteryologiczne, oraz badanie krwi wypadły ujemnie. W piśmiennictwie znalazł autor 9 podobnych do powyższego przypadków, t. j. przypadków, w których umierały po kolei noworodki jednej i tej samej matki. Fakt, że dzieci przychodziły na świat zdrowe, bez żółtaczki, która występowała zaraz po narodzeniu, wskazuje, zdaniem autora, na zależność choroby od odłączenia ustroju dziecka od matki i powiązanych z tem zmianach w krążeniu i oddychaniu, oraz zmianach czynności narządów gruczołowych, przeznaczonych do trawienia i utleniania. W skutek powyższych gwałtownych zmian niezużytkowana żółć może prostą drogą przedostać się do obiegu krwi.

*Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Doc. Franz Hamburger. **O tuberkulinie i odporności.** Nr 42 1908, str. 274.

Pod wyrazem »odporność wobec tuberkuliny« rozumiemy zupełną, lub prawie zupełną niewrażliwość ustroju na większe dawki tuberkuliny (0,01 g — 1 g). Spostrzeżenia nad wstrzykiwaniem tuberkuliny dzieciom i nad znikaniem lub osłabieniem odczynu Pirqueta po tych wstrzykiwaniach nasunęły autorowi myśl, że sztucznie wywołana odporność w obec tuberkuliny zależy w niektórych przypadkach od przesycania się niweczników (Antikörper) tuberkuliną. Czy wszystkie jednak przypadki powyższej odporności zależą od nąsycania się niweczników, o tem, zdaniem autora, należy wątpić. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

A. W. Bruck. **Sztucznie wywołany białkomocz w postawie stojącej (ortostatyczny).** Nr 44 1908, str. 2271.

Ogłoszona w Nr 1 1908, Münch. med. Wschr., praca Jehlego o wpływie skrzywienia kręgosłupa ku przodowi na białkomocz w postawie stojącej, zachęciła autora do sprawdzenia twierdzeń Jehlego. Do doświadczeń i badań wybierano dzieci, u których można było z wszelką pewnością wyleczyć organiczne zajęcie nerek. Skrzywienie kręgosłupa ku przodowi stwierdzono zapomocą dostosowanego aluminiowego pręta. Autor dochodzi do wniosku, że u dzieci ze skrzywieniem kręgosłupa ku przodowi białkomocz zjawia się przy postawie stojącej i znika przy leżeniu. W obec tego nie należy jedynie skrzywieniu przypisywać wpływu na »białkomocz w postawie stojącej«. Jednocześnie z tem Bruck wpadł na pomysł ustawiania dzieci w położeniu »sztucznego skrzywienia kręgosłupa ku przodowi«. Dzieci stawiano na 10 minut przy łóżku, pręt poręczy łóżka przechodził pod pachami odrzuconych w tył rąk; w ten sposób otrzymano »sztuczne skrzywienie kręgosłupa ku przodowi«. Po zbadaniu koło 65 dzieci w wieku ponad 6 lat stwierdził autor mniejwięcej w 18°/₀ możność wywoływania sztucznego »białkomoczu w postawie stojącej«. Co do dzieci, dotkniętych takim białkomoczem, to można je podzielić na 3 kategorye: I. Dzieci słabowite, blade (Schulanämie Heubnera) z niezwykle wrażliwym układem naczynioruchowym i przyspieszeniem tętna przy przejściu od leżenia do stojącej postawy. Częste cierpienia gruźlicze, lub »neuropathia« Czernyego. II. Kategorya: dzieci z chorobą pewnego narządu. III. Kategorya: dzieci silne i zdrowe zupełnie. »Sztuczne skrzywienie kręgosłupa ku przodowi« nie wywołuje w położeniu na wznak białkomoczu. Ilość moczu przy staniu jest o połowę, lub trzy razy mniejsza, niż przy leżeniu. Autor sądzi, że jego doświadczenia stwierdzają wyraźnie mechaniczną przyczynę białkomoczu. Wywołuje go nietylko postawa stojąca, lecz też położenie o »pewnych ścisłych granicach«. Czy chodzi tu o zastój w kłębkach nerek, czy o ucisk moczowodów, tego autor nie czuje się na siłach rozstrzygnąć. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Engel i Bauer. **O znaczeniu i swoistości niweczników, wiążących komplementa przy gruźlicy i o ich wpływie na wyzdrowienie.** Nr 44 1908, str. 2273.

Wszyscy badacze uznają istnienie przy gruźlicy niweczników, wiążących komplementa. Engel i Bauer próbowali uodporniać przeciw tuberkulinie oseski i dzieci starsze i stwierdzili, że przynajmniej pewne postacie łatwo i prędko dają się uodpornić przeciw niezwykle wielkim dawkom (5—10 g). Dalej przekonali się autorowie, że ilość niweczników u dzieci gruźliczych wzrastała w miarę wstrzykiwania tuberkuliny, a jednocześnie zmniejszała się zdolność ustroju oddziaływania na wstrzykiwania tuberkuliny — gorączką i wytwarzaniem się guzka przy próbie Pirqueta. Z faktów powyższych wysnuwają autorowie przypuszczenie, że, tworząc niweczniki, możemy wiązać składniki trujące lasecznika gruźlicy, odciągać je od ognisk i ułatwiać otorbienie i wygojenie się tych ognisk.

(Pirquet sądzi, że nie zachodzi tu uodpornianie, lecz chwilowe wyczerpanie się niweczników, wobec czego odczyn na tuberkulinę znika. Pirquet podaje w wątpliwość dalsze wnioski autorów. *Przypisek sprawozdawcy*).

*Miecz. Michałowicz* (Wiedeń)

Tollens. **O odżywianiu osesków kefirem w przewlekłych chorobach trawienia.** Nr 45 1908, str. 2334.

Zachęcony wynikami Dra Dreslera, (Med. Klinik. Nr 27 1908) stosował Tollens kefir u dzieci z przywlekłemi chorobami trawienia i otrzymywał dobre wyniki. Autor zwraca przedewszystkiem uwagę na stosownie rzeczywiście dobrego kefiru i dosyć szczegółowo podaje technikę jego przygotowania. Dobre wyniki zależą prawdopodobnie z jednej strony od rozmnażania się w przewodzie pokarmowym obfitej i nieszkodliwej flory bakteryjnej, która działa na wszelkie inne szkodliwe drobnoustroje, z drugiej strony — od niezwykle pulchnego i drobnego sernika w kefirze. Autor słusznie nie uważa jednak kefiru za lek jedyny w chorobach trawienia. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

K. E. Weiss. **O zupełnej poprawie krótkowidztwa w wieku dziecięcym.** Nr 45 1908.

Jeszcze niedawno zdania okulistów co do poprawy krótkowidztwa w wieku dziecięcym były zupełnie sprzeczne. Jedni zalecali noszenie szkieł, inni odradzali. Obecnie większość dochodzi do przekonania, że noszenie szkieł nie wzmaga krótkowidztwa, lecz przeciwnie powstrzymuje jego rozwój. Pomijając względy fizycznej natury, autor gorąco zaleca szkła, przedewszystkiem ze względów czysto wychowawczych. Dziecko krótkowidz jest narażone w szkole i w życiu na tysiączne przykrości, wskutek tego wywiązuje się niepewność siebie, lękliwość, unikanie ludzi (n. p. z obawy niepoznania i nieukłonienia się) i t. d. Obowiązkiem

szkoły, jako wychowawcy, jest zbadać wzrok ucznia, by zapobiedz zboczeniom w układaniu się charakteru powierzonego jej opiece dziecka. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Walcher. **Zanik zdolności karmienia piersią z przyczyn natury anatomicznej nie istnieje.** Nr 47 1908, str. 2440.

Autor, kierownik szkoły mamek w Stuttgarcie, opiera się na fakcie, że często kobiety o olbrzymich sutkach »nie mają pokarmu«, wtedy, gdy inne o sutkach, rozwiniętych znacznie gorzej, doskonale karmią piersią swe dzieci. Autor stwierdza ustalony przez innych pedyatrów fakt, że z im większą energią opróżniają się gruczoły mleczne, tem większa jest ilość pokarmu. Ciekawe też są przeprowadzone w zakładzie badania Dr G. Martina, że dzieci, karmione wyłącznie piersią, opuszczały w 13 dniu zakład z przyrostem wagi, średnio 9,6 gr na klgr, wtedy, gdy dzieci dokarmiane, w tym samym czasie wykazywały 31% braku wagi pierwotnej. Jak szeroko nawet wśród lekarzy rozpowszechniony jest przesąd o niezdolności karmienia piersią kobiet współczesnych, świadczy między innymi fakt, że przed 20 laty tylko 23% rodzących w zakładzie »mogło karmić piersią«, obecnie zaś dzięki przekonywaniu autora, 100% kobiet, rodzących w zakładzie, osobiście karmi swe dzieci.

*Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Otto Neustätter. **O zupełnej poprawie krótkowidztwa w wieku dziecięcym.** Nr 47, 1908, str. 2540.

A. zupełnie się zgadza na wypowiedziane przez Weissa (w Nr 45 Münch. med. Wochschr.) poglądy i dodaje od siebie, że przy określaniu krótkowidztwa trzeba zwracać pilną uwagę, by nie przeoczyć niezborności, o ile ona w danym przypadku istnieje. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Otto Aronade i Albert Fuchs. **Wpływ przekrwienia biernego na miejscowy odczyn tuberkulinowy.** Nr 50 1908, str. 2605.

Dokonane w 90 przypadkach badania stwierdziły, że przekrwienie; wywołane zastosowaniem opaski gumowej lub bańki, pociąga za sobą przekrwienie wyraźne nakłuć igłą Pirqueta, o ile one dały poprzednio dodatni odczyn tuberkulinowy. Nakłucia kontrolujące w powyższych przypadkach nie wykazały przekrwienia. Takiż sam wynik dały badania nad przekrwieniem miejsc, gdzie poprzednio wcierana była maść tuberkulinowa Moro. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Prof. Vulpius. **Wyniki leczenia ciężkich porażeń dziecięcych.** Nr 51 1908, str. 2667.

Autor, kierownik zakładu ortopedycznego i chirurgicznego w Heidelbergu, zaznajamia czytelników z nader zachęcającymi

wynikami po zastosowaniu leczniczego zniesienia stawu (arthrodesis), przeszczepiania ścięgien i przeszczepiania nerwów. Artykuł urozmaicają liczne fotografie. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Fr. Hamburger. **Gruźlica jako choroba dziecięca** Nr 52 1908, str. 2702.

Przejrzyście napisany artykuł jest wynikiem długoletnich badań autora; tak samo, jak prawie każdy człowiek raz w życiu musi zachoroweć na odrę, lub płonicę, tak samo ustrój każdego prawie człowieka ulega w dzieciństwie zakażeniu gruźliczemu. Już podjęta poprzednio przez Hamburgera i Slukę statystyka sekcyjna wykazała, że odsetka gruźlicy wzrasta w okresie dojrzewania do 75%. Wznowione w tym kierunku ostatnie badania wraz z zastosowaniem próby Pirqueta podniosły powyższą odsetkę do 90%. Jeżeli klinicznie możemy daleko rzadziej stwierdzić gruźlicę u dzieci, to dlatego, że pierwsze zakażenie sadowi się u dziecka najczęściej w gruczołach chłonnych. Gruźlicę dorosłych z jej usadowieniem się przeważnie w płucach i krtani uważać należy, zdaniem autora, za nawrót gruźlicy. Gruczoły chłonne nie oddziaływają na gruźlicę dorosłych tak, jak na gruźlicę dzieci. Autor wskazuje na doświadczenia Kocha ze świnkami morskiemi: — gruczoły świnek morskich dawały silny odczyn na pierwsze zakażenie i oddziaływały bardzo słabo przy drugiem zakażeniu. Autor najzupełniej zgadza się z Orthem (m. Zjazd przeciwgruźliczy w Wiedniu 1907 r.), że gruźlica płuc da się sprowadzić do ponownego zakażenia prątkiem gruźliczym.

*Miecz. Michałowicz.* (Wiedeń).

## Wiener medizinische Wochenschrift.

W. Knöpfelmacher i H. Lehndorff. **O szczepieniu powtórnem rogówki oka u królika.** Nr. 47 1908, str. 2562.

Nowsze badania nad szczepieniem krowianki królikom wykazały, że szczepienie na skórze i na rogówce królika nie wpływają nawzajem na siebie. Po skutecznem zaszczepieniu na skórze nie otrzymujemy odporności rogówki i odwrotnie. Fakt ten zainteresował obu autorów, którzy podjęli się stwierdzenia stosunku, jaki zachodzi pomiędzy szczepieniem pierwotnem na rogówce, a szczepieniem powtórnem na niej. Doświadczenia wykazały, że powtórne szczepienie krowianki na rogówce królika wywołuje prędszy i słabszy odczyn, niż szczepienie pierwsze i że w danym przypadku mamy przed sobą odczyn alergiczny w znaczeniu Pirqueta. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Zappert. **Uwagi w sprawie obecnej epidemii porażenia rdzeniowego u dzieci (poliomyelitis) w Wiedniu i okolicy.** Nr 47 1908, str. 2564.

Obecna epidemia rozpoczęła się w Wiedniu w końcu lipca i trwa do chwili obecnej, zależnie prawdopodobnie od łagodnej tegorocznej jesieni i zimy w Wiedniu. Jak wiadomo bowiem z opisów dotychczasowych, epidemia wybucha zwykle podczas miesięcy letnich. Z powodu nawiedzenia swego czasu Norwegii przez epidemię, wydał monografię o porażeniu rdzeniowem Wickman, w której uwydatnia, że objawy chorobowe nie ograniczają się, jak dotychczas mniemano, do rdzenia, lecz, że chodzi o ogólne zakażenie układu nerwowego ośrodkowego i że spotykamy tu nieraz objawy zapalenia opon mózgowych, zapalenia mózgu, porażeń opuszkowych, zajęcia rdzenia z obrazem zapalenia przednich rogów, lub też porażenia Landryego i że ostatecznie sprawa może zakończyć się porażeniem nerwów ośrodkowych i bezwładem. Zainteresowany pracą Wickmana, nawołuje Zappert kolegów do zbierania materyału z obecnej opidemii.

(Dowiadujemy się, że wied. Towarzystwo pedyatryczne zorganizowało ankietę i rozesłało kwestyonaryusze do miejscowych lekarzy. *Przypisek sprawozdawcy*).

*Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

I. K. Friedjung. **W sprawie etyologii zapalenia okątniczego (perityphitis) w wieku dziecięcym.** Nr 47, 1908, str. 2566.

Od chwili powszechnego wybuchu grypy w roku 1890 zwiększyła się znacznie, zdaniem autora, ilość cierpień rozmaitych narządów naszego ustroju. Między innymi Francuzi Faisans i Gagnière zwrócili pierwsi uwagę na związek pomiędzy grypą a zapaleniem okątniczem. Następnie zjawiły się prace chirurgów Adriana i Höncka. Prace powyższe zwróciły uwagę autora, który podczas epidemii grypy 1906/7 w Wiedniu badał specyalnie stan wyrostka robaczkowego u chorych na grypę dzieci i w wielu przypadkach stwierdził znaczną bolesność w prawej okolicy nadbiodrowej. W 4 zaś przypadkach chorzy musieli po pewnym czasie poddać się operacyi wycięcia wyrostka. Wobec tego Fr. zaleca zwracanie w przypadkach grypy pilnej uwagi na stan wyrostka robaczkowego.

*Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Prof. Escherich. **Przypadek przewlekłej tężyczki w pierwszych latach życia.** Nr 49 1908, str. 2674.

Opis kliniczny pokazywanego na posiedzeniu pedyatrycznym 14-miesięcznego dziecka. Zgodnie z wynikami badań, podjętych przez Janasa i Erdheima, doszukuje się autor etyologii danego przypadku wobec przewlekłej i uporczywej postaci, w wybroczynach do ciałek nabłonkowych (Epithelkörperchen) przytarczycznych.

*Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

## Wiener klinische Wochenschrift.

F. Schleissner. **W sprawie wiązania komplementów przy płonicy.** Nr 40 1908, str. 1375.

Autor dokonał 20 badań u dzieci chorych na płonicę; we wszystkich przypadkach rozpuszczanie się krwinek czerwonych wypadło dodatnio. Dokonane jednocześnie badania Jochmanna, Töpfera, Boasa i Hange dały wszystkie ten sam wynik. Wstrzymanie rozpuszczania się krwinek czerwonych zależy tylko od złego odczynnika. Płonica nie daje odczynu Wassermanna.

*Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Prof. Ganghofner. **O odczynie tuberkulinowym Pirqueta.** Nr 41 1908, str. 1403.

Na zasadzie 60 przypadków, zaszczepionych sposobem Pirqueta i następnie zbadanych pośmiertnie, dochodzi G. do następujących wniosków: 1) Zdarzają się przypadki, gdzie, pomimo dodatniego odczynu skórnego Pirqueta, badanie pośmiertne nie wykazuje ogniska gruźliczego. Te rzadkie przypadki oczekują jeszcze na wyjaśnienie. 2) Pojedyncze sprzeczności pomiędzy dodatnim odczynem skórnym a ujemnymi wynikami badania pośmiertnego nie uprawniają jednak do powątpiewań o swoistości odczynu skórnego tuberkulinowego. 3) Najpewniejszy sposób wywołania odczynu polega na używaniu nierozcieńczonej starej tuberkuliny Kocha i przykryciu zaszczepionego miejsca watą. 4) Przebieg odczynu w wieku dziecięcym, względnie wyrysowanie krzywych odczynu, nie nadaje się do wysnuwania wniosków co do rokowania i nie pozwala rozróżniać czynnej lub nieczynnej gruźlicy. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Romeo Monti. **Porównawcze badania nad rozpoznawczą wartością odczynów tuberkulinowych w wieku dziecięcym.** Nr 41 1908, str. 1407.

Wkrótce po ogłoszeniu odczynu tuberkulinowego Pirqueta otrzymali Moro i Doganoff takiż sam odczyn przez wcieranie pod wyrostkiem mieczykowatym 50% maści tuberkulinowej (Alt-Tuberkulin Höchst 5 $cm^3$ + Lanolini anhydr. 5 g misce fiat unguentum). Zadaniem Montiego było porównanie odczynu Pirqueta z odczynem Moro. Wyniki wypadły jak następuje:

(Patrz tab. str. 281).

Z powyższego autor wnosi, że odczyn Moro jest mniej czuły, niż odczyn Pirqueta, można go jednak stosować tam, gdzie lekarz, lub chory z jakichkolwiekbądź powodów obawiają się niewinnego zresztą sposobu Pirqueta.

*Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

| | Ilość dzieci zbadanych | Wcieranie sposobem Moro | Szczepienie sposobem Pirqueta |
|---|---|---|---|
| I. Dzieci wyraźnie gruźlicze . . . | 43 | dodatni wynik u 88% | dodatni wynik u 97,6% |
| II. Dzieci podejrzane o gruźlicę . | 23 | » 65% | » 78% |
| III. Dzieci klinicznie nie gruźlicze . | 235 | » 34% | » 43,8% |
| Razem . . | 301 | » 44% | » 54% |

F. Hecht. **O fermentach rozszczepiających białko i tłuszcze u osesków.** Nr 45 1908.

Z badań autora wypływa, że stolec osesków zawiera trypsynę i steapsynę, poczynając od pierwszych dni życia. Pod tym względem gruczoły trawienne są przygotowane do przyjęcia pokarmów. Zboczenia w trawieniu nie zależą więc od zmniejszonego wydzielania się trypsyny lub steapsyny. Od tego prawidła autor spotkał bardzo nieliczne wyjątki.

*Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

F. Hecht. **Osobliwa postać braku soku żołądkowego (achylia gastrica) w wieku dziecięcym.** Nr 45 1908.

Cierpienie powyższe spotyka się przeważnie w wieku starszym, u dzieci zaś prawie nie było opisane dotychczas. Autor spotkał 9-letnią dziewczynkę, cierpiącą na brak soku żołądkowego. Dziecko cierpi na stałą przewlekłą i uporczywą biegunkę, przy badaniu treści żołądkowej stwierdza się brak kwasu solnego, podpuszczki i nieznaczną czynność pepsyny. Wobec tego zwraca H. uwagę na konieczność badania treści żołądkowej przy uporczywych przewlekłych biegunkach. Tegoż samego zdania jest przytoczony przez autora Brauner.

*Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Pospischill. **O używaniu rurki tchawicznej zatykającej (Tamponcanüle) przy zwężeniach krtani u dzieci w chorobach zakaźnych.** Nr 46 1908, str. 1896.

Rysunek i opis rurki z gumowym rozszerzalnym balonikiem na końcu. Zaleta jej, zdaniem autora, polega na tem, że

dziecko z rozciętą tchawicą może bezpiecznie gasić męczące pragnienie bez obawy zachłyśnięcia się, rurka bowiem znakomicie ułatwia przyjmowanie napojów.

*Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

K. Potpeschnigg. **O istocie i przyczynach niezdolności (Minderwertigkeit) dzieci.** Nr 47 1908.

Autor daje szczegółowe sprawozdanie z odwiedzin szkoły dla małorozwiniętych dzieci w Gracu, oraz zastanawia się nad etyologią słabego umysłowego rozwoju u widzianych dzieci. Jak się należało spodziewać, przymiot i alkoholizm rodziców odgrywają niepośledną rolę. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

## Berliner klinische Wochenschrift.

L. Kuttner. **Wrzody dwunastnicy u dzieci do lat 10.** Nr 45 1908.

Autor podaje dwa, przez siebie spostrzegane, przypadki wrzodu dwunastnicy; jeden u dziecka miesięcznego, drugi u 4-letniego; obydwa z zejściem śmiertelnem. Rozpoznanie sekcyjne w pierwszym przypadku brzmiało: Ulcus duodeni, enteritis follicul., haemorrhagia profusa intestinuorum, atelectasis partis pulm.; w drugim — colitis pseudomembr., ulcus duodeni rot., nephritis parench. K. zaznacza, że jakkolwiek powyższa choroba u dzieci pomijana jest milczeniem we wszystkich prawie podręcznikach, zasługuje jednak na uwagę, gdyż według statystyki wrzód dwunastnicy spotykamy u dzieci prawie w połowie przypadków. Co do przyczyny powstawania wrzodu dwunastnicy opiera się autor na przypuszczeniu innych lekarzy, którzy dopatrują się jej w zakrzepie żyły pępkowej i w zatorze naczyń jelita cienkiego z następną jego martwicą. Sok żołądkowy ma także niejaki wpływ na tworzenie się owrzodzeń w żołądku i dwunastnicy, za czem przemawia obecność wrzodów w odcinku poziomym górnym dwunastnicy, stale zwilżanym przez sok żołądkowy. Omawiając zależność tworzenia się owrzodzeń dwunastnicy od zachorzeń nerek, autor uważa jednoczesne pojawienie się tych chorób za przypadkowe; choć, być może, nieraz powstają one tak samo, jak wrzody dolnych odcinków kiszek, przy mocznicy, wskutek podrażnienia błony śluzowej przez węglan amonu. W drugim przypadku, przez autora podanym, stan ogólny nie był tak ciężki, aby był powodem tak znacznych zmian w jelitach, zawisłych od stanu nerek. Dalej omawia autor pewien związek większych oparzeń skóry z wrzodami dwunastnicy; przytaczając przypadek, niedawno badany w instytucie patologicznym Virchowa, sądzi, że zależność ta jest wątpliwą, a w danym przypadku wrzód dwunastnicy wyglądał na zastarzały przewlekły; jednoczesna przeto obecność oparzenia i wrzodu

jest tylko przypadkową. Następnie, nie rozstrzygając sprawy wpływu urazów i chorób zakaźnych (dur brzuszny, gruźlica, róża i t. p.) na powstawanie wrzodów w dwunastnicy, zaznacza autor, że, jakkolwiek w jednym jego przypadku u dziecka 4-letniego znaleziono znaczną ilość bact. coli w wypróżnieniach, to jednak wrzód wyglądał jak typowy wrzód trawienny, a nie toksyczny. Wreszcie, zaznaczając, że obydwa jego przypadki spostrzeżono u dziewczynek, nie zgadza się z twierdzeniem K., jakoby wrzody dwunastnicy spotykano 3—4 razy częściej u chłopców.

Objawy kliniczne wrzodu dwunastnicy u dzieci są też-same, co u dorosłych; krwawe wypróżnienia, nieraz krwawe wymioty, bladość powłok skórnych i t d.; wrzód sadowi się zazwyczaj na przedniej ścianie górnej poziomej gałęzi dwunastnicy; występuje zwykle pojedynczo. Rozpoznanie jest trudne, dopóki nie wystąpią krwotoki jelitowe lub żołądkowe, zresztą wrzody dwunastnicy mają nieraz przebieg skryty, bez żadnych objawów ze strony przewodu pokarmowego, a krew może być w wypróżnieniach w postaci utajonej, na oko niewidocznej, co przy rozpoznaniu trzeba mieć na względzie i badać wypróżnienia szczegółowo. Co się tyczy leczenia choroby, to odpowiada ono w zupełności leczeniu u dorosłych. Należy unikać zbytniego obarczania żołądka, wprowadzać pokarmy ochładzane, oseskom dawać pierś, albo w razie niemożności, zastępować ją śmietanką lub przetworami mlecznymi o małej zawartości białka (Ramogen); przy stopniowej poprawie należy zwiększyć ilość pokarmów, a wrazie ponownego zjawiania się krwawienia z kiszki stolcowej lub krwawych wymiotów, należy przejść do lewatyw odżywczych. Ze środków farmakologicznych podawać alkalia: magn. carb., wodę wapienną, wodę karlsbadzką, bizmut; środków ściągających lepiej unikać; wreszcie stosować należy okłady z lodu na nadpępcze. Zabieg operacyjny jest niekiedy koniecznym, ale tylko tam, gdzie rozpoznanie pewne.

*W. Królikowski.*

T. O. Schabad (Wilno). **Przypadek karłowatości, wywołanej przez uraz czaszki, w wieku dziecięcym.** Nr 45 1908.

Ignacy K., 9 lat i 3 miesiące; do lat dwóch rozwijał się prawidłowo; w 3-cim roku życia upadł z wysokości 5 arszynów, poczem chorował przez 1 ½ miesiąca. Lekarz stwierdził złamanie kości czaszki i od tego czasu do dziś wzrost chorego powiększył się o 10—11 cm. Teraz wynosi on 84 cm, waga 29½ funta. Nos siodłowaty. Kości czaszki niepomiernie silniej rozwinięte, niż kości twarzy. Potylica wystaje znacznie ku tyłowi. Lewy guz czołowy wyraźniejszy niż prawy. Szew wieńcowy wyczuwalny obustronnie. Na kości czołowej, na 1½ ctm. od linii środkowej i na 5½ ctm. nad lewym łukiem brwiowym, wyczuwa się wgłębienie kości. W miejscu tem czuć tętnienie, równoczesne z tętnem t. promieniowej. Obwód głowy — 58 cm.

Podając dokładnie wszystkie wymiary głowy i tułowia oraz kończyn, zaznacza autor, że kości odpowiadają kośćcowi dziecka małego, ze śladami krzywicy. Chłopiec jest pilny, zgrabny, oryentujący się łatwo. Dotychczas nie uczył się; rachować umie; zna nazwy dni w tygodniu. Z dołączonego rentgenogramu kości widać wstrzymanie rozwoju jąder kostnienia kości śródręcza, każdej z nich na innym szczeblu.

W danym przypadku przyczyną karłowatości był uraz czaszki, złamanie kości jej, wyczuwalne i obecnie. Wspomniane przypadki leczono tyreoidyną, ale przetwory gruczołu tarczowego mają większe zastosowanie i skutek w przypadkach wadliwego rozwoju tego gruczołu i powstałych wskutek niego zaburzeń wzrostu; w innych przypadkach, jak i w niniejszym, skuteczność przetworów tych jest wątpliwą, ponieważ karłowatość zależy zapewne od zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Autor stosował przetwory gruczołu tarczowego, lecz bez skutku, co się zaś tyczy zabiegu operacyjnego (trepanacya i usunięcie wrośniętego i uciskającego kawałka kości) — na ten nie zgodzono się.

*W. Królikowski.*

L. Huismans. **Dwa przypadki śmierci grasiczej (mors thymica), zależnej od czynników mechanicznych.** Nr. 45 1908.

Nadmierny rozwój śródpiersiowej części grasicy ma bez wątpienia ogromny wpływ na oddech i obieg krwi u dzieci. Autor podaje 2 przypadki, obydwa ze zejściem śmiertelnem. Jedno, dziecko 6-miesięczne, 14-te z rzędu, z matki pijaczki, badane i przyjęte do szpitala z powodu złego odżywiania, wkrótce poprawiło się. W narządach wewnętrznych nic osobliwego, oddech spokojny. Krzywica. Pewnego dnia rano o 4-tej dziecko spało spokojnie, o 5-tej raptownie wystąpiło rzężenie, a o godzinie $5^1/_2$ dziecko zmarło przy objawach duszenia się. Wstrzykiwano kamforę. Sekcya: obrzęk mózgu, grasica pokrywa prawie całe osierdzie. Wielkość grasicy w wymiarze czołowym — 5,5 cm., w strzałkowym — 3,0. Grasica o zbitości zwykłej, rozwinęła się prawie wyłącznie w śródpiersiu. W drugim przypadku 6-tygodniowe dziecko, dobrze odżywione, po nagłem wystąpieniu rzężeń wkrótce zmarło. Sekcya prócz zwykłych objawów uduszenia wykazała powiększenie grasicy. Apertura cordis zajęta przez nią prawie całkowicie. Długość jej — 8 cm., szerokość — 5 cm., w przekroju czołowym — 3,5 cm. Zwiększony gruczoł nie przedstawiał w budowie zmian patologicznych. Pomimo olbrzymich rozmiarów obydwóch gruczołów, samo tylko powiększenie nie może być uważane za przyczynę nagłego zgonu, ponieważ, nie bacząc na nieustosunkowanie wielkości gruczołu do miejsca dlań przeznaczonego, stan ogólny był znośny w ciagu 6 miesięcy, ewentualnie 6 tygodni. Niepodobna również poczytywać za przyczynę raptownego zgonu jakiegoś ostrego zatrucia wydzielinami gruczołu lub wadliwego niweczenia wy-

dzielin przez inne gruczoły przy jednoczesnej bezczynności grasicy. Autor za przyczynę zejścia śmiertelnego uważa czysto mechaniczne czynniki, mianowicie nadmierny rozwój gruczołu w śródpiersiu. Trzeba tylko sprzyjającej chwili, np. nadmiernego przechylenia głowy we śnie, aby powiększony gruczoł ucisnął narządy, między gruczołem a kręgosłupem położone. Sekcya wskazuje, że uciśnięte były żyły, a nie krtań i aorta. Obrzęk mózgu w obydwu przypadkach wskazuje na ucisk żyły głównej górnej, a skrzepy w żyłach płucnych, w lewym przedsionku i lewej komorze oraz obrzęk płuc — na ucisk żył płucnych. Następcze stopniowe osłabienie mięśnia sercowego ma także pewien wpływ na zejście śmiertelne. Obecnie częściej, niż dotychczas, przy nadmiernie rozrośniętej w śródpiersiu grasicy stosują zabieg operacyjny, technicznie nie trudny do wykonania, polegający na przyszyciu lub usunięciu części gruczołu.

*W. Królikowski.*

Gamaleja. **O drobnoustroju płonicy.** Nr 40, 1908.

W 25 przypadkach płonicy stwierdził autor istnienie drobnoustroju, któremu nadał miano »Synanthozoon scarlatinae«. Drobnoustrój należy do pasorzytów zwierzęcych i ma zdolność tworzenia kolonii. Klasyczną postać drobnoustroju przedstawia »Myosytis«, pośrodku kulka, otoczona ściśle geometrycznem kołem z 5 kulek. Stałość i prawidłowość wyżej opisanej postaci zdaje się zależeć od grubej torebki, otaczającej wszystkie 6 kulek. Pasorzyta spotyka się w skórze, w gardle i w narządach wewnętrznych. Na preparatach drobnowidowych spotyka się pasorzyta zarówno leżącego swobodnie, jakoteż w wielojądrzastych ciałkach białych. *M. Michałowicz* (Wiedeń).

Ludwig Meyer i Hans Rietschel. **Działanie trujące i odtruwanie soli kuchennej przy wstrzykiwaniach podskórnych.** Nr 50 1908, str. 2217.

Na zjeździe Stuttgarckim 1906 r. zwrócił Schaps pierwszy (z kliniki Finkelsteina) uwagę na podwyższenie ciepłoty u osesków po wstrzyknięciu 5 $cm^3$ wyjałowionego rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. Ponieważ spostrzeżenia następnych badaczy dawały niezgodne wyniki, dokonali M. i R. niezależnie w 2 różnych przytułkach dla osesków badań w tym kierunku i przekonali się, że 60% osesków oddziaływa na wstrzykiwania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej podnoszeniem się ciepłoty, czasem do 39°. Gorączka nie zależy tu od zgniecenia tkanek i następnego wsysania się, lecz od trujących własności soli kuchennej. Zatrucie, jak o tem przekonali się autorowie, da się uniknąć przez dodanie do rozczynu w niewielkich ilościach chlorku potasu, chlorku wapnia i dwuwęglanu sodu. M. i R. zatrzymali się na poniższym przepisie dla wstrzykiwań fizyologicznych.

NaCl 7,5
KCl 0,1 (czasem 0,2)
$CaCl_2$ 0,2
czasem $NaHCO_3$ 0,1
Aquae destillatae 1000,0.

Praca zawiera ciekawe krzywe ciepłoty i szczegółowe teoretyczne umotywowanie. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

Haberlin (Wyk Föhr). **Badania krwi podczas pobytu na morzu północnem.** Nr 52 1908, str. 2303.

Na zasadzie badań krwi w 100 nowych przypadkach w domu zdrowia w Wyk-Föhr dochodzi autor do wniosku, że pobyt na wybrzeżu morskiem wpływa znacznie na przyrost ilości krwinek czerwonych i na zwiększenie się zawartej w nich hemoglobiny. *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

## Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin.

Kurt v. Syry. **Przyczynek do nagłych zejść śmiertelnych u dzieci i t. zw. śmierci grasiczej.** Lipiec 1908.

Ostatnimi czasy podawano w piśmiennictwie wiele przypadków powiększenia grasicy u dzieci i nagłego wskutek tego zejścia śmiertelnego. Autor twierdzi, że we wszystkich prawie przypadkach śmierć grasica (mors thymica) naukowo dowiedzioną nie była. Nie omawiając przypadków, pozostawionych bez sekcyi, których rozpoznanie nie zostało stwierdzone przez nią, autor sądzi, że w przypadkach, badanych nawet anatomopatologicznie, zachodzi pytanie, czy śmierć nie była wywołana przez wetchnięcie wód płodowych. Wetchnięcie takie, jak wiadomo, może się zdarzyć nawet przy porodach prawidłowych i stosunkowo lekkich, kiedy następujące po sobie skurcze przyczyniają się do niedostatecznego nasycania się tlenem krwi u płodu, a wskutek tego zjawiają się przedwczesne ruchy oddechowe. Co się zaś tyczy określania wielkości i powiększenia grasicy, to, zdaniem autora, jest ono zbyt dowolne. Autor, badając zwłoki 200 dzieci, określił granice wahań wagi i wymiarów grasicy dla każdego wieku, przyczem stwierdza, że w wielu przypadkach, gdzie mówiono o »nadmiernem powiększeniu« grasicy, w rzeczywistości powiększenia zupełnie nie było. Ażeby gruczoł zwiększony mógł wywołać znaczniejszy ucisk tchawicy, wymagana jest waga do 250 grm., a w przypadkach, często za śmierć grasiczą uważanych, gruczoł ważył 40—50 grm.; w podobnych przypadkach zejście zależało zapewne od innych przyczyn, na które przy sekcyi nie zwrócono, być może, uwagi; nie wywołując tak często, jak o tem się mówi, zejścia śmiertelnego, powiększenie grasicy bywa natomiast częstokroć przyczyną utru-

dnień w oddychaniu u małych dzieci (stridor), znikających po całkowitem lub częściowem usunięciu gruczołu. Należycie wyjaśnić zależności tej jednak nie możemy. *W. Królikowski.*

## Archives de médecine des enfants.

Pehn et Chalier. **O wrodzonej gruźlicy.** Nr 1 i 2 1908.

Sprawą wrodzonego zakażenia gruźliczego zaczęto się zajmować od r. 1873, kiedy Charrin opisał dosyć typowy pod tym względem przypadek. Odtąd ukazało się kilka prac tej sprawie poświęconych (Arloing, Londe i Thiercelin, Straus). W r. 1898 G. Küss w znakomitej swej pracy o dziedziczności gruźlicy zebrał wszystko, co było ogłoszone; nagromadzony materyał rozklasyfikował, poddał ocenie krytycznej i wysnuł wnioski. Od tego czasu opisano jeszcze kilkanaście przypadków, do których P. i C. dołączają dwa własne spostrzeżenia. Autorzy poddają surowej krytyce wszystkie przypadki, opisane po r. 1898 (nie objęte pracą Küssa) i dochodzą do wniosku, że się zbyt lekkomyślnie mówi o gruźlicy wrodzonej. Baumgarten twierdził, że gruźlica u dzieci bierze swój początek w okresie płodowym, ale zarazek gruźliczy pozostaje w ustroju w przeciągu mniej lub więcej długiego czasu w stanie utajonym i dopiero czynniki zmniejszające odporność ustroju, wyprowadzają go z tego stanu. Jeżeli teorya ta niekiedy się sprawdza, nie można jej jednak uważać za prawidło ogólne. W każdym przypadku objawów gruźliczych u niemowląt, należy najpierw rozstrzygnąć pytanie, czy zarazek dostał się do ustroju przed, czy po urodzeniu. Tu się często napotyka na wielkie trudności. Wogóle tylko wtedy można uważać rzecz za prawdopodobną, gdy od urodzenia niemowlęcia minęło nie więcej, niż jeden miesiąc. Niektórzy, jak np. Lebküchner, uważają za wrodzone przypadki takiej gruźlicy, kiedy u dziecka, mającego nawet kilka miesięcy, stwierdza się daleko posunięte zmiany anatomiczne, które ich zdaniem nie zdążyłyby się rozwinąć, gdyby zakażenie nastąpiło później, po urodzeniu. Że to zapatrywanie nie jest słuszne, przekonywamy się ze spostrzeżeń Wassermana, Haushaltera i innych, gdzie zmiany gruźlicze daleko posunięte stwierdzano u niemowląt kilkotygodniowych, jako sprawę nabytą. Za przykładem Küssa, P. i C. dzielą spostrzeżenia na dwie kategorye. Do pierwszej zaliczają przypadki gruźlicy wrodzonej bez zmian anatomicznych (2 przypadki, 1 własny). W obu spostrzeżeniach nie stwierdzono ani makroskopowych ani mikroskopowych zmian w tkankach płodów matek, zmarłych na gruźlicę. Zakażenia gruźliczego dowodzi fakt zakażenia zwierząt przez przeszczepienie (w obu przypadkach) cząstek łożyska i wątroby płodu. Spostrzeżenia gruźlicy wrodzonej ze zmianami anatomicznemi dzielą autorzy na 1) ujemne, 2) wątpliwe i 3) dodatnie. Z pomiędzy ujemnych zaznaczamy

przypadek Ricarda, który dlatego autorzy uważają za ujemny, że z rodziców chorego gruźlicę miał tylko ojciec. Tymczasem ojciec nie ma żadnego wpływu na dziedziczenie gruźlicy. Dotychczas nie opisano ani jednego przekonywającego przypadku — ani u ludzi, ani u zwierząt — gruźlicy, przekazanej przez ojca. Wątpliwe są te przypadki, gdzie badania przeprowadzono nie dość ściśle, lub gdzie wiek dziecka przekroczył jeden miesiąc. Z 20 opisanych przez Küssa, jako dodatnich, P. i C. uznają 16; z opisanych po 1898 roku — 6, które wytrzymały surową krytykę. Do 11 przypadków bez zmian G. Küssa dodają 2 (1 własny). Wszystko to razem stanowi 35 przypadków. Ta liczba wskazuje, jak rzadko się zdarza wrodzone zakażenie gruźlicze. Dlatego każdy podejrzany przypadek należy badać szczegółowo. Należy zwrócić uwagę na stan matki, na początek jej choroby (podczas ciąży, czy przedtem), rozwój, czas trwania, siedlisko, zmiany w narządach płciowych, stan zdrowia ojca (dla wyświetlenia jego wpływu). Baczną uwagę należy zwrócić na łożysko, które bezwarunkowo należy zbadać mikroskopowo i przez szczepienie na zwierzętach. Następnie koniecznie należy przeprowadzić badanie pępowiny. Badania powinny być możliwie ścisłe. Zdarza się bowiem, że zmiany przymiotowe uważa się za gruźlicze i odwrotnie, zwłaszcza, jeżeli się poprzestaje na badaniach histologicznych (komórki olbrzymie nie są właściwe tylko gruźlicy).

Pytania, od czego zależy zakażenie płodu i kiedy ono następuje, dotychczas nie rozstrzygnięto ostatecznie. Löffler utrzymywał, że dostęp laseczników do płodu zależy od zmian gruźliczych w narządach płciowych matki. Tymczasem te zmiany stwierdza się nie często. Nocard, Schmorl i Kockerl twierdzą, że dopiero zmiany martwicze w łożysku otwierają drogę laseecznikom, gruźlica zaś łożyska nie koniecznie wywołuje gruźlicę płodu. Co się tyczy czasu, kiedy następuje zakażenie, to tylko raz jeden stwierdzono gruźlicę płodu czteromiesięcznego; zwykle stwierdza się gruźlicę dopiero w 5 miesiącach i później. W okresie płodowym niema zakażenia. Gruźlica matki może na ciążę wywierać wpływ dwojaki, zależnie od czasu, kiedy nastąpiło zakażenie matki. Z doświadczeń D'Arigo u zwierząt wynika, że zakażenie samiczek w ciąży wywołuje poronienie, chociaż łożysko i narządy wewnętrzne płodu pozostają bez zmian; natomiast poronienie należy do wyjątków u samiczek, które przed zapłodnieniem już miały gruźlicę; w tym przypadku łożysko i płód dopiero w drugiej połowie ciąży zawierają laseczniki. Co się tyczy usadowienia się gruźlicy wrodzonej, to błędnem jest zapatrywanie Baumgartena, Kelscha i innych, którzy pierwsze miejsce wyznaczają gruźlicy gruczołów chłonnych, gdyż zmiany w gruczołach są wtórne; najczęściej spotyka się zmiany w wątrobie. W płucach w przeważnej liczbie spostrzeżeń zmian nie wykryto. Gruźlicę wrodzoną stwierdza się drogą poszukiwań lase-

czników we krwi żyły pępkowej, albo przez szczepienie na zwierzętach, albo wreszcie przez barwienie laseczników w skrawkach histologicznych. Te ostatnie badania często stwierdzały siedlisko laseczników w świetle naczyń. Z tego powodu Heitz twierdzi, że większość przypadków gruźlicy wrodzonej bez zmian jest zakażeniem podczas konania, gdyby bowiem zakażenie nastąpiło wcześniej, toby drogą badania mikroskopowego stwierdzono mniejsze lub większe zmiany w tkankach. Przebieg kliniczny nie daje pewnych rękojmi co do rozpoznania. — Ostatecznie autorzy wysnuwają wniosek o doniosłem znaczeniu praktycznem; ponieważ dotychczas opisano tylko 35 niewątpliwych przypadków wrodzonej gruźlicy, należy przeto uważać ją za niezmiernie rzadką i dlatego nie można uważać dzieci rodziców gruźliczych za skazane na gruźlicę, ponieważ one gruźlicy jeszcze nie mają i chowane w odpowiednich warunkach higienicznych, mogą uniknąć zakażenia. *S. Dulewicz* (Łódź).

## Archives of Pediatrics.

Franklin Royer. **Nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych.** (Uwagi kliniczne, etyologiczne i anatomopatologiczne). Nr 10 1908.

W pracy tej, zawierającej przeważnie rzeczy znane, ugrupowane jako odczyt kliniczny, znajdujemy dość szczegółowe dane co do historyi powstawania i szerzenia się nagminnego zapalenia opon, etyologii, objawów klinicznych, wartości różnych metod badania i leczenia. Ciekawe są dane autora co do śmiertelności z tej choroby w Ameryce (60—80%); w samym New-Yorku w r. 1904 zmarło 3029 osób, w 1905 r. — 1404. Bardzo dokładne badania bakteryologiczne, dokonywane z ramienia »New-York Board of Health«, wykazały przenoszenie i rozsiewanie meningokoków z błony śluzowej nosa osób pielęgnujących i leczących. Udało się stwierdzić w wielu przypadkach ściśle daty przeniesienia zakażenia przez dozorczynie z jednego piętra w szpitalu na drugie. Zdarzały się dość częste przypadki zachorowania osób z otoczenia, a nawet lekarzy.

Z objawów początkowych, jako na objaw częsty, co stoi w sprzeczności z doświadczeniem zdobytem w Europie, zwraca autor uwagę na wybroczyny, których częstość określa na 10—15% wszystkich przypadków, a wielkość od łebka szpilki aż do wielkości palucha. Podkreśla również autor znaczenie objawów ocznych, głównie zaś znieczulenia rogówki i spojówki, co stale spotykał w swych przypadkach i wypowiada przypuszczenie, czy nie uda się zużytkować tego objawu pod względem różniczkoworozpoznawczym pomiędzy nagminnem, a gruźliczem zapaleniem opon. Zwraca również autor uwagę na bolesność mięśni. Za wczesny objaw uważa głuchotę, która często pozostaje na

stałe, to też autor nagminne zapalenie jako czynnik etyologiczny głuchoty stawia prawie w równym rzędzie z odrą i płonicą.

Surowicą przeciwmeningokokową Flexnera leczył autor 17 przypadków ze śmiertelnością 28 %, co uważa za wielki postęp w porównaniu ze zwykłą odsetką 60. W tej surowicy pokłada też nadzieje, bo zresztą uważa, iż wszelkie inne metedy zawodzą; dość wielkie znaczenie przypisuje jedynie systematycznym nakłuciom lędźwiowym. Kąpieli gorących nie stosował autor w ostrym okresie, w późniejszych okresach uważa je za pożyteczne. Autor stosował surowicę przeciwbłoniczą podskórnie i do kanału kręgowego, lecz bez widocznego działania dodatniego, ani na przebieg, ani na zmniejszenie się śmiertelności. Rzecz świetnie i obficie (opryszczka, wylewy krwawe, ułożenie i wejrzenie chorych, krzywe ciepłoty) objaśniona rysunkami.

*J. Brudziński* (Łodź).

Burvill-Holmes. **O nakłuciu lędźwiowem i znaczeniu badania cytologicznego płynu mózgowordzeniowego dla różniczkowego rozpoznania gruźliczego i nagminnego zapalenia opon mózgowych.** Nr 10, 1908.

Autor po dokładnem omówieniu techniki nakłucia lędźwiowego i zaznaczeniu nieszkodliwości tego zabiegu, charakteryzuje prawidłowy i chorobowo zmieniony płyn mózgowordzeniowy. Mętny, niekiedy prawie żółtawy płyn w zapaleniu nagminnem opon, nie zawsze jednak tak wygląda; na 150 badanych pod tym względem przypadków nagminnego zapalenia opon, spotkał autor w jednym przypadku płyn zupełnie przeźroczysty, który jednak zawierał dużo meningokoków.

Wielkie znaczenie w sprawie rozpoznania różniczkowego przypisuje autor badaniu cytologicznemu płynu mózgowordzeniowego zwłaszcza tam, gdzie badanie bakteryologiczne na razie zawodzi; główną uwagę zwraca na stosunek wielojądrzastych ciałek białych do limfocytów. Przewagę znaczną, niekiedy bezwzględną pierwszych uważa za potwierdzenie rozpoznania nagminnego zapalenia opon, wbrew zdaniu Sahliego, który sądzi, iż przewaga jednej lub drugiej odmiany ciałek białych świadczy raczej o okresie rozwoju i ciężkości przebiegu cierpienia, niż o jego etyologii. Przeciwko zdaniu niektórych autorów, że przewaga wielojądrzastych ciałek białych charakteryzuje początek, zaś przewaga limfocytów zakończenie sprawy chorobowej lub przejście w stan przewlekły, przytacza autor wyniki badań w 5 przypadkach zapalenia nagminnego, w dniu od 41 do 91, gdzie jednak stwierdzano przewagę ciałek wielojądrzastych.

W okresach wcześniejszych, gdy badanie cytologiczne właśnie ma znaczenie dla rozpoznania, przewaga wielojądrzastych ciałek, jest zjawiskiem stałem, dochodzi nieraz do 98%. Autor przytacza wyniki badania w 13 przypadkach od 1-go do 17-go dnia choroby. Odsetka wielojądrzastych waha się od 75—98%.

odsetka limfocytów od 3—27%. Dla sprawdzenia zdania niektórych autorów, że znaczną odsetkę wielojądrzastych ciałek spotkać można i w przypadkach gruźliczego zapalenia opon (Lewkowicz i in.) badał autor 6 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych, potwierdzonych potem badaniem pośmiertnem, które wykazało oprócz tego gruźlicę prosówkową różnych narządów, i we wszystkich odsetka limfocytów wynosiła około 100%. Nader ciekawy jest przypadek siódmy autora, dotyczący dziecka 7-letniego, u którego stwierdzono klinicznie, cytologicznie i bakteryologicznie nagminne zapalenie opon mózgowych. Odsetka wielojądrzastych ciałek na 3-ci dzień choroby wynosiła 95%, limfocytów — 4%. Dziecko było w okresie zdrowienia. 54-go dnia choroby dokonano nakłucia lędźwiowego dla zbadania płynu co do meningokoków. Tych nie stwierdzono, natomiast — liczne bardzo laseczniki gruźlicze; badanie cytologiczne wykazało 59% limfocytów, 41% ciałek wielojądrzastych, a w dalszym przebiegu odsetka limfocytów doszła do 100%.

Autor przypisuje badaniu cytologicznemu ważne znaczenie w przypadkach klinicznie wątpliwych, zwłaszcza gdy badanie drobnowidowe nie wykrywa na razie meningokoków czy laseczników gruźliczych. *J. Brudziński* (Łódź).

Simon Flexner i James Jobling. **Wyniki leczenia zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych surowicą przeciwmeningokokową na podstawie 400 przypadków.** Nr 10, 1908.

Spostrzeżenia zbierano w różnych miejscowościach Stanów Zjednoczonych, Kanadzie i Anglii, z mniejszych lub większych epidemii i sporadycznych przypadków. Do statystyki i zestawienia krytycznego autorów weszły tylko przypadki, badane bakteryologicznie. Wyniki oceniano, uwzględniając wiek chorych, dzień choroby, wpływ na przebieg, wpływ surowicy na meningokoki, płyn mózgowordzeniowy i leukocytozę.

| W wieku poniżej 1 roku | | wyzdrowiało | zmarło. |
|---|---|---|---|
| leczono surowicą | 22 przyp. | 11 | 11 (50%) |
| pomiędzy 1 a 2 rokiem | 19 « | 11 | 8 (42 « ) |
| « 2 a 5 « | 68 « | 52 | 16 (23 « ) |
| « 5 a 10 « | 79 « | 70 | 9 (11 « ) |
| « 10 a 20 « | 105 « | 80 | 25 (24 « ) |

Najmłodsze dziecko z leczonych surowicą z wynikiem pomyślnym miało 1 miesiąc.

Podług dnia wstrzyknięcia ściśle dane udało się autorom zebrać co do 361 przypadków:

| Wstrzykn. | | wyzdrowiało | zmarło. |
|---|---|---|---|
| 1 do 3 dn. chor. | w 123 przyp, | 107 | 16 — 16,5% |
| 4 do 7 « « | w 126 « | 96 | 30 — 24 « |
| po 7 dniach | w 112 « | 73 | 39 — 35 « |

Dane co do przypadków, w których surowicę wstrzykiwano po 7 dniach (zaliczono tu i przypadki o przebiegu kilkotygodniowym) dowodzą, zdaniem Flexnera, iż dopóki w płynie stwierdza się meningokoki i szkody wyrządzone układowi nerwowemu mogą jeszcze być naprawione przez odradzanie się, surowica może mieć jeszcze działanie pomyślne. W przypadkach, gdzie surowicę zastosowano wcześnie, spadek odsetki śmiertelności jest aż nadto widoczny.

Co do wpływu na przebieg, to z 273 przypadków, gdzie autorzy mogli zużytkować dokładne dane, 200 wykazywało poprawę powolniejszą (per lysin) w 73 czyli około 30% po wstrzyknięciu surowicy choroba została przełomowo przerwana. W 228 wyleczonych przypadkach czas trwania objawów chorobowych głównych nie przekraczał 11 dni.

Wybitny wpływ, zdaniem autorów, wywiera wstrzyknięcie surowicy na same meningokoki: liczba ich wybitnie się zmniejsza, spostrzega się je tylko wewnątrzkomórkowo, podlegają szybko zwyrodnieniu, tracą żywotność na pożywkach.

Pod wpływem surowicy zmętnienie płynu szybko znika; twierdzą to autorzy nawet co do płynów wyraźnie ropnych. Liczne badania krwi przed i po wstrzyknięciu surowicy przekonały autorów, że leukocytoza we krwi po wstrzyknięciu surowicy szybko się zmniejsza, spostrzegano nawet raptowne spadki liczby ciałek białych wraz z wyjaśnieniem się płynu i zniknięciem meningokoków. — Brak tego wpływu świadczy zdaniem autorów źle co do rokowania. Nawroty przy leczeniu surowicą zdarzały się znacznie rzadziej, a jeszcze rzadziej niepomyślnie się kończyły podczas nawrotu przypadki, w których zastosowano surowicę wcześnie i w dostatecznych dawkach. Wyleczenie przeważnie było zupełne, z powikłań pozostawała jedynie głuchota, ale i to w niewielu przypadkach i tylko tych, gdzie objawy ze strony uszu wystąpiły jeszcze przed wstrzyknięciem surowicy.

*J. Brudziński* (Łódź).

Frank S. Churchill. **Przyczynek do leczenia surowicą zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych.** Nr 10, 1908.

Autor leczył surowicą przeciwmeningokokową Flexnera 11 przypadków, z tych 4 chorych zmarło (36%). Działanie surowicy, jak się wyraża autor, było uderzające zarówno na stan ogólny chorego pomimo trwania stężenia karku, ciepłotę, leukocytozę, na makro- i mikroskopowe wejrzenie płynu. Autor również potwierdza działanie surowicy na wyjaśnienie się nawet płynu ropnego.

Autor sądzi, iż w przypadkach, klinicznie o zapalenie opon mózgowych podejrzanych, należy dokonać nakłucia lędźwiowego i w razie otrzymania płynu mętnego wstrzykiwać należy surowicę natychmiast do kanału kręgowego; jeżeli badanie bakteryo-

logiczne wykazało obecność meningokoków, wstrzyknięcie surowicy powinno być powtarzane codzień, trzy do czterech dni z rzędu. W razie nawrot, należy znowu wstrzyknąć surowicę.

*J. Brudziński* (Łódź).

Charles Hunter Dunn. **O leczeniu zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych surowicą przeciwmeningokokową na podstawie 40 przypadków.** Nr 10, 1908.

Surowicę wstrzykiwał Dunn zawsze do kanału kręgowego, wstrzykiwał ją nawet w późniejszych okresach choroby. W razie otrzymania przez nakłucie lędźwiowe płynu mętnego surowicę stosowano natychmiast, w razie zaś otrzymania płynu przezroczystego czekano na wynik badania bakteryologicznego. Poprzestawano na jednorazowem wstrzyknięciu w przypadkach, w których nastąpiła wybitna poprawa wraz ze spadkiem ciepłoty do poziomu prawidłowego, w przeciwnym razie stosowano surowicę co dzień, dopóki taka poprawa nie nastąpiła, nie dłużej jednak, niż 4 dni z rzędu. Niekiedy należało po przerwie znowu wstrzykiwać, w przypadkach cięższych wstrzykiwano nawet 2 razy na dobę. Zwykła dawka wynosiła 30 $cm^3$, największa 45 $cm^3$. W przypadkach, gdy udawało się wypuścić małą tylko ilość płynu mózgowordzeniowego, dawkę zmniejszano aż do 10 $cm^3$. Na 40 przypadków leczonych surowicą zmarło 9 (22%), wyzdrowiało 31. Z wyleczonych — u 2 pozostały następstwa (głuchota i ślepota). Zupełne wyleczenie w 72% przypadków. Śmiertelność innych lat wynosiła w Bostonie w tym samym szpitalu dziecięcym 58—80%. Z 9 zakończonych śmiertelnie przypadków 5 było przewlekłych w bardzo późnym okresie choroby. Autor podkreśla, że wybitne działanie surowicy Flexnera uwydatnia się więcej jeszcze u łoża chorego; przebieg przy leczeniu surowicą stanowi zdaniem jego kontrast zupełny z przebiegiem przy dawnych sposobach leczenia — co się wyraża spadkiem ciepłoty przełomowym lub zwalniającym, wybitnem polepszeniem stanu ogólnego wraz z ustąpieniem niektórych objawów (zamroczenie, bredzenie, ból głowy, przeczulica, stężenie karku, wymioty) i skróceniem całego przebiegu, co uderzało w porównaniu z długością przebiegu w tym samym szpitalu w innych latach. Autor potwierdza w zupełności wpływ surowicy na same meningokoki; (zmniejszenie się ich liczby, wewnątrzkomórkowe położenie).

Nawroty zdarzają się i przy leczeniu surowicą i wymagają dalszego jej stosowania. Działanie surowicy było zdaniem autora tem wybitniejsze, im wcześniej ją zastosowano; w późniejszych okresach choroby naogół nie widział autor wpływu dodatniego; spostrzegał jednak i wyjątki od tego prawidła, radzi więc wstrzykiwać surowicę w każdym przypadku.

*J. Brudziński* (Łódź).

Mason Knox i Frank Sladen. **Wodogłowie w następstwie nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych i wyniki leczenia surowicą przeciwmeningokokową.** Nr 10, 1908.

Obok danych z piśmiennictwa przytacza autor 2 przypadki (u dzieci pięcio- i sześciomiesięcznych) wodogłowia, które powstało w następstwie przebytego zapalenia opon mózgowordzeniowych, za czem przemawiała oprócz danych z wywiadów i trwających jeszcze niektórych objawów, co najgłówniejsze, obecność meningokoków w płynie mózgowordzeniowym. W obu przypadkach zejście śmiertelne. Autor wypowiada przypuszczenie, iż taka etyologia może dałaby się wykryć i w niektórych przypadkach wodogłowia, uważanych za samoistne, z drugiej strony sądzi, iż przez wczesne stosowanie surowicy przeciwmeningokokowej może uda się zapobiedz takim następstwom. — Autor przytacza szczegółowe dane co do 2 przypadków, leczonych surowicą w »Johns Hopkins Hospital« (Baltimore). 15-letni chłopiec z wybitnymi i ciężkimi objawami zapalenia meningokokowego opon mózgowordzeniowych (wybroczyny krwawe na tułowiu i udach); nakłucie lędźwiowe i wstrzyknięcie surowicy do kanału kręgowego powtarzano w przeciągu 16 dni 5 razy i wypuszczono ogółem 230 $cm^3$ płynu, a wstrzyknięto 150 $cm^3$ surowicy przeciwmeningokokowej. Poprawa występowała po każdorazowem wstrzyknięciu, ale nie trwale, stała poprawa nastąpiła na 17. dzień choroby; — wyzdrowienie zupełne, bez następstw. W drugim przypadku (chł. 7 lat), przyjętym do szpitala na 15. dzień choroby w stanie średnio-ciężkim, wstrzyknięto 30 $cm^3$ surowicy, powtórzono na drugi dzień. Zdrowienie bez przerw, wyzdrowienie zupełne na 35 dzień choroby. Przypadek ten, zdaniem autora, byłby się zakończył pomyślnie prawdopodobnie i bez surowicy, ale surowica, jego zdaniem, znacznie skróciła przebieg choroby. Wogóle leczono surowicą 21 przypadków, z tych zmarło 3 dzieci (14%). Ciepłota niekiedy spadała przełomowo już po pierwszem wstrzyknięciu, przeważnie jednak na nowo podnosiła się i spadała do poziomu prawidłowego dopiero po trzech wstrzyknięciach; typ przełomowy i zwalniający spostrzegano prawie w równej liczbie przypadków. Stan ogólny poprawiał się wybitnie, ustępowały niektóre objawy, najdłużej trwały — sztywność karku, objaw Kerniga. Autor podnosi szczególnie fakt, że leczenie surowicą usuwało objawy ucisku mózgu, chociaż na miejsce wypuszczonego płynu wstrzykiwano tyleż lub niekiedy więcej nawet surowicy. Ilość ciałek białych wielojądrzastych w płynie mózgowordzeniowym zwiększała się znacznie nieraz po pierwszem wstrzyknięciu surowicy, zmniejszała się natomiast ilość ciałek białych we krwi; to zjawisko przyciągania chemicznego w płynie mózgowordzeniowym spostrzegał autor w każdym z badanych przypadków.

Taki sam wpływ surowicy spostrzegał autor w 6 przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych; płyn przeźroczysty

z niewielką ilością limfocytów stał się po wstrzyknięciu surowicy mętnym i zawierał ciałka białe wielojądrzaste, limfocyty zaś zupełnie znikły. Zjawisko to było jednak przejściowe tylko. Autor potwierdza w zupełności zaznaczony przez innych wpływ surowicy na same meningokoki.

*J. Brudziński* (Łódź).

## Towarzystwo Pedyatrów amerykańskich. Zjazd w maju 1908 r. w Delaware Water Gap.

Dyskusya nad odczytami Flexnera, Churchilla, Dunna i Knoxa. **O leczeniu zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych surowicą przeciwmeningokokową Flexnera.**

Koplik podnosi, iż w ocenie wyników leczenia surowicą zapalenia meningokokowego opon mózgowordzeniowych nie należy zapominać o różnicy przebiegu i śmiertelności, jaka zachodzi pomiędzy sporadycznymi, a epidemicznie występującymi przypadkami tego cierpienia. Pierwsze są znacznie łagodniejsze. Koplik spostrzegał od 1899—1904 21 przypadków sporadycznych, leczył objawowo i nakłuciem lędźwiowem; z tych chorych zmarło 8 (38%), w tem 6 w wieku poniżej roku. Podczas epidemii 1904—1905 roku przebieg był znacznie cięższy, zdarzały się przypadki piorunujące. W 1904 r. na 39 chorych zmarło 21 (53%), z tych 13 poniżej roku, 26 powyżej 2 lat. W roku 1905 na 35 chorych zmarło 17 (48%) z tych 10 poniżej roku. Wśród dzieci poniżej roku wieku śmiertelność wynosiła 100%, poniżej 2 lat 78%, powyżej 3 lat — 31%. W przypadkach sporadycznych tylko nakłuciem lędźwiowem wyleczono 2 przypadki poniżej roku wieku, 2 pomiędzy 1 a 2 laty. Surowicą leczył autor 13 przypadków. Surowicę wprowadza nie strzykawką, ale przez lejek. Wiek dzieci wynosił $3\frac{1}{2}$ do 11 lat, 3 dzieci było poniżej roku, z tych jedno tylko wyzdrowiało. Zmarło na 13 przypadków 2 (15%), oba w wieku poniżej roku.

Holt dla należytej oceny działania surowicy przypomina, iż w 2350 przypadkach, nie leczonych surowicą w r. 1904 podczas epidemii w New-Yorku, śmiertelność wynosiła 75%. Czas trwania choroby w przypadkach, które zakończyły się wyzdrowieniem, (dokładne dane zebrano co do 350 przyp.) wynosił w 50% przyp. 5 tygodni i więcej. Na tem tle wyniki, przytoczone przez różnych autorów w przypadkach leczonych surowicą, wyglądają jeszcze przejrzyściej i zachęcają do leczenia surowicą.

Rotch nie uznaje różnicy pomiędzy sporadyczną a epidemiczną postacią, jest zwolennikiem wczesnego stosowania surowicy nawet przed bakteryologicznem wyświetleniem sprawy, szkody bowiem dla ustroju nigdy po wstrzyknięciu surowicy nie widział, a opóźnienie szkodę przynosi. Rotch zaleca wstrzykiwa-

nie wczesne, często powtarzane, nawet 2 razy na dobę; ta metoda mogłaby zapobiedz występowaniu przykrych następstw.

Jacobi, nestor pedyatrów amerykańskich, zaznacza, iż z rozkoszą słuchał rozpraw, które tyle obiecują w leczeniu tej strasznej choroby; żal go ogarnia, że wiek podeszły nie pozwala mu już dorzucić tu i swej cegiełki; — z dawnego swego doświadczenia sądzi, że przypadki, nie poddające się leczeniu surowicą, zwłaszcza z ciepłotą niższą od prawidłowej, należą prawdopodobnie do kategoryi zakażenia mieszanego paciorkowcami, jak to bywa w podobnych przypadkach błonicy.

Morse sądzi, że jeżeli kogo nie przekonywają dostatecznie co do działania surowicy kliniczne objawy poprawy, to przekonywać muszą zaznaczone tylokrotnie zmiany, zachodzące w płynie mózgowordzeniowym pod wpływem surowicy. Surowicę wstrzykiwać należy jaknajwcześniej i jaknajczęściej z chwilą stwierdzenia meningokoków, nie zaś, jak chcą niektórzy, dopiero wtedy, gdy wystąpią objawy ucisku mózgu. Wstrzykiwać surowicę należy nawet wtedy, gdy nakłuciem lędźwiowem wydobędzie się zaledwie parę kropel ropy. Wstrzykując bowiem surowicę, mamy wszak na celu zadziałanie na same meningokoki na miejscu ich działania i nie powinniśmy obawiać się wpływu wstrzykniętej ilości na zmianę ciśnienia.

Wilkinson leczył w »Garfield Hospital« w Washingtonie 10 przypadków surowicą, z tych 3 zmarło (30%). Z 3 zmarłych w 1 przypadku już przy przyjęciu stwierdzono wodogłowie przewlekłe, potwierdzone badaniem pośmiertnem. Drugi przypadek był bardzo ciężki, przyjęty już w zapadzie. W trzecim, zdaniem mówcy, zastosowano odrazu za małą dawkę surowicy (15 $cm^3$). Zwykle stosował mówca 15 $cm^3$ 2 dni z rzędu, niekiedy 30 $cm^3$. Najwcześniejszym okresem choroby, w jakim się udało wstrzyknąć surowicę, był czwarty dzień choroby. Sredni przebieg przypadków leczonych surowicą wynosił 14 dni, ale w większości stan ogólny poprawiał się znacznie już po 4—5 dniach. Mówca potwierdza w zupełności wpływ surowicy na meningokoki, leukocytozę. — W 3 wyleczonych przypadkach pozostały następstwa ze strony uszu i oczu.

Adams, jako najwięcej przekonywający, podnosi fakt, iż w przypadkach wyleczonych surowicą, daleko mniej się spotyka następstw ze strony uszu, oczu i stanu psychicznego, a wszak wyzdrowienie z temi następstwami jest stokroć nieraz gorsze od śmierci. Z przypadków leczonych osobiście, przytacza między innemi dziecko 7-miesięczne z niezmiernem wzmożeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego tak, że płyn przesączał się wprost przez ciemiączko duże; po wstrzyknięciu surowicy wybitna poprawa już po 24 godzinach.

Dunn, również jak Knox, zauważył bóle w stawach kolanowych, goleniach, w 2 przypadkach, w których zapomniał ogrzać nieco surowicę przed wstrzyknięciem; w innych przypadkach

żadnych ubocznych działań surowicy nie spostrzegał. Dunn nie zauważył wybitniejszej różnicy pomiędzy zdarzającymi się sporadycznie w ostatniem dziesięcioleciu przypadkami, a występującymi nagminnie.

Koplik jeszcze raz zaznacza, że codzienne nakłucie lędźwiowe i wstrzykiwanie surowicy uważa za zbyteczne; jeżeli nastąpiła pewna poprawa po pierwszem nakłuciu, następne należy wykonywać o tyle, o ile objawy do tego upoważniają.

Flexner (na zakończenie dyskusyi) przyznaje słuszność Koplikowi z powodu jego zastrzeżeń. Zapalenie opon mózgowordzeniowych jest rzeczywiście postacią chorobową nader zmienną, nietylko zależnie od okresów czasu, ale i od miejscowości. Na te okoliczności w zestawieniu statystycznem zwracał mówca uwagę; stwierdził n. p. w najlepszej i największej statystyce z Belfast (Dr Robb) takie fakty, że śmiertelność wśród nieleczonych w szpitalu wynosiła 80%, wśród leczonych szpitalnie 26%. Mając nawet na względzie większą ciężkość przypadków, gorsze warunki pielęgnowania i leczenia chorych na mieście, różnica ta jednak jest tak wielka, że należy przypisywać pewną rolę dodatnią i stosowaniu surowicy w szpitalach. Flexner omawia szczegółowo sposób przyrządzania surowicy meningokokowej, zaznaczając, iż jest to surowica bakteryolityczna; powinna być wstrzykiwana bezpośrednio do ogniska chorobowego, gdyż wprowadzenie jej do ustroju przez obieg krwi, osłabia niepomiernie jej działanie; — niweczniki obecne są tylko przy pewnem stężeniu. Sama sprawa chorobowa w zapaleniu opon mózgowordzeniowych ma zresztą charakter miejscowy, układowy, gdyż meningokoki atakują wyłącznie układ nerwowy; inne narządy, o ile nie ma zakażenia mieszanego, nie wykazują żadnych zmian.

*J. Brudziński* (Łódź).

# OCENY.

Dr Ludwik Mendelssohn. **Badania nad dziećmi w sprawie przyczyn zwężenia górnego otworu klatki piersiowej i o znaczeniu tego zjawiska w rozwoju gruźlicy szczytowej.** (Untersuchungen an Kindern über die Ursachen der Stenose der oberen Apertur und Ihre Bedeutung für die Entwickelung der Spitzenphthise). Stuttgart. 1906.

Już Freund w roku 1859 dopatrywał się pewnego związku między zwężeniem górnego otworu klatki piersiowej i gruźlicą płucną o przebiegu przewlekłym. Za przyczynę tego zwężenia poczytywał on pewne nieprawidłowości chrząstki żebra pierwszego; bywała ona wyjątkowo krótką, lub też skostniałą. Mendelssohn zadaje sobie pytanie, czy zmiany w chrząstce są czynnikiem przyczynowym w powstaniu zwężenia, czy też następczym; czy jest ono wrodzonem, czy też nabytem. Żeby rozstrzygnąć to pytanie, badał on części składowe otworu górnego klatki piersiowej we wszystkich okresach rozwojowych, a przeto, poczynając od noworodka, do wieku, w którym klatka piersiowa przybiera kształty stałe.

Główna różnica między otworem górnym klatki piersiowej w wieku dziecięcym i dojrzałym polega na stosunku otworu tego do poziomu. U dorosłych stosunek ten tworzy kąt pochylenia = 30°, u noworodków kąt ten wynosi zaledwie 5°—8°. W życiu płodowem zaciera się on jeszcze bardziej i w 8—9 miesięcu życia płodowego = 0°, co znaczy, że powierzchnia pozioma z powierzchnią górnego otworu klatki piersiowej zlewają się ze sobą. W 6 i 7-ym miesiącu życia płodowego powierzchnia górnego otworu klatki piersiowej przerzyna poziomą powierzchnię pod kątem ostrym.

Otwór górny klatki piersiowej, u dzieci małych, przybiera kształt dwojaki. Zwykła postać jest mniej więcej czworokątna, z poziomo leżącemi chrząstkami żeber; drugą zaś porównywa Henk do szeroko rozciągniętego serca czerwiennego (kierowego); chrząstki żeber w tej formie biegną pochyło od przodu i dołu ku tyłowi i górze. Forma ta jest rzadką, przytem częściej bywa u dorosłych, niż u dzieci; pierwszą natomiast spotyka się częściej w wieku dziecięcym.

Wymiary górnego otworu są następujące:

Wymiar prosty wewnętrzny, od najbardziej naprzód wysuniętego punktu trzonu pierwszego kręgu piersiowego do środka górnego wewnętrznego brzegu rękojeści mostku.

Wymiar poprzeczny wewnętrzny — między najbardziej oddalonymi punktami pierścienia żebrowego.

Wymiary skośne — prawy i lewy — od osady chrząstki pierwszego żebra do najbardziej oddalonego punktu na łuku kości żebrowych przeciwległej strony.

Wymiary te u noworodków prawidłowych są następujące:

| | | | |
|---|---|---|---|
| wymiar | prosty | 2·1 | cm |
| « | poprzeczny | 4·35 | « |
| « | skośny prawy | 4·3 | « |
| « | skośny lewy | 4·2 | « |

Otwór górny klatki piersiowej w rozwoju swym dalszym podlega zmianom pod względem: położenia, formy i wielkości. Na zmiany te wywierają wpływ: przebyte choroby, ogólny stan odżywiania, dziedziczność i położenie socyalne.

Forma otworu tego, początkowo czworokątna, zwolna przybiera postać serca czerwiennego. Rzadko kiedy zmiana ta występuje już w szóstym miesiącu życia, zwykle jednak jeszcze u dzieci dwuletnich daje się zauważyć pierwsza forma.

Zmiana formy i położenia idą ze sobą równolegle, zmiana zaś wielkości górnego otworu następuje zwolna. Dowodem jest następująca tablica:

| | Wymiar prosty | poprzeczny | skośny prawy | skośny lewy |
|---|---|---|---|---|
| w 1 miesiącu | 2,1 | 4,35 | 4,3 | 4,2 |
| « 2 « | 2,3 | 4,54 | 4,44 | 4,46 |
| « 3 « | 2,5 | 4,7 | 4,6 | 4,6 |
| « 4—5 « | 2,5 | 4,9 | 4,8 | 4,8 |
| « 6—8 « | 2,6 | 4,9 | 4,8 | 4,8 |
| « 9—12 « | 2,6 | 5,5 | 5,3 | 5,3 |
| « 2-gim roku | 2,6 | 6,1 | 6,0 | 6,2 |

Wymiary te u dziewcząt są nieco mniejsze, niż u chłopców w tym samym wieku.

Prawie do końca drugiego roku życia wzrost klatki piersiowej odbywa się równomiernie we wszystkich kierunkach, a dopiero od tej chwili rozpoczyna się przewaga dolnych odcinków klatki piersiowej, wskutek czego powstaje stopniowo ta jej postać, którą porównać można ze stożkiem ściętym.

Zmiana wielkości klatki piersiowej stoi w związku z rozwojem całego ustroju. Powiększenie z latami kąta pochylenia, utworzonego przez górny otwór klatki piersiowej i płaszczyznę poziomą tłómaczy się tem, że rozwój kręgosłupa postępuje bar-

dzo szybko i wskutek tego żebra, połączone z tyłu z kręgosłupem więzadłami, są wznoszone ku górze; w ten sposób powiększa się kąt pochylenia.

Zboczenia od powyżej podanego schematu spotykamy przedewszystkiem u dzieci przedwcześnie urodzonych, u dwojaczków, oraz często u dotkniętych przymiotem wrodzonym. U nich ten otwór górny klatki piersiowej bywa węższym, — jest to częściowym przejawem ogólnego niedorozwoju. U dzieci tych zmniejszony bywa szczególniej wymiar poprzeczny. Autor spotykał również zwężenie otworu u dzieci słabo rozwiniętych. Prawidłowo chrząstka pierwszego żebra biegnie skośnie od zewnątrz i góry ku wewnątrz i dołowi. Długość chrząstki u noworodków wynosi 2 cm, następnie zwolna narasta tak, że w 13-ym roku życia równa się 3.25 cm.

Może ona jednak być skrócona. Skrócenie to bywa wrodzonem lub też nabytem wskutek późniejszego zatrzymania rozwoju; występuje ono wtedy jako jednostronne lub obustronne i może wywierać wpływ na zwężenie górnego otworu klatki piersiowej lub też pozostawać bez wpływu. W pierwszym przypadku jednocześnie ze skróceniem chrząstki występuje przedwczesne pochyłe położenie górnego otworu. Zsumowanie tych dwu objawów daje zwężenie całej klatki piersiowej. Krzywica wywołuje również skrócenie chrząstki pierwszego żebra wraz ze zwężeniem górnego otworu. Zboczeń w samej budowie chrząstki, spotykanych u dorosłych, u dzieci autor nie spostrzegał.

Co do nieprawidłowości, które należałoby postawić w związku z zaburzeniami wzrostu prawidłowego, zdarzyć się mogą dwie możliwości: może być mianowicie mowa o zaburzeniach ilościowych (wzrost zbyt duży lub zbyt mały w stosunku do warunków prawidłowych), albo też o zbyt szybkiem lub zbyt późnem zakończeniu okresów wzrostu, lub też o kombinacyi tych zaburzeń. Wśród zaburzeń, które dadzą się pojąć na podstawie zbyt wczesnego zakończenia wzrostu prawidłowego, mają dla nas szczególniej znaczenie te, w których stwierdzić można przedwczesne zwiększanie się kąta pochylenia górnego otworu klatki piersiowej. Mendelssohn badał kościecd ziecka niedonoszonego, którego klatka piersiowa sprawiała wrażenie zmniejszonej klatki piersiowej człowieka dorosłego. We wszystkich przypadkach tej kategoryi, znajdował autor prawie zawsze upośledzenie wymiarów górnego otworu, przyczem równocześnie zmniejszony był wymiar prawie wszystkich powierzchni żebrowych, a same żebra były silniej pochylone do poziomu. Pewnego rodzaju przeciwieństwem są zmiany, wywołane przez krzywicę. Choroba ta wywoływa najrozmaitsze jednostronne i obustronne zboczenia w ukształtowaniu górnego otworu klatki piersiowej. Pociąga to za sobą poważne zmiany także w poszczególnych wymiarach. Najpoważniejsze wszelako zboczenia wywołuje krzywica w położeniu oddzielnych części składowych klatki

piersiowej. W żadnym przypadku krzywicy klatki piersiowej autor nie spotykał się z kątem pochylenia, właściwym danemu wiekowi. Po większej części otwór górny był ułożony zupełnie poziomo lub też miał cechy płodowe. Naturalnie stopień tych zaburzeń zależy od tego, w jakim okresie rozwoju, z jakiem natężeniem i w jakim przeciągu czasu wywierała wpływ krzywica.

Częścią składową górnego otworu jest również staw między rękojeścią mostka, a jego trzonem. Rotschild zauważył, że zboczenia tego stawu stoją w związku ze zwężeniem górnego otworu klatki piersiowej. Prawidłowo rękojeść mostka u dzieci przedstawia ośmiokąt, którego brzeg górny tworzy wcięcie półksiężycowate, dolny brzeg łączy się z trzonem mostka, trzy boczne brzegi z obojczykami, chrząstką pierwszego żebra i powierzchnią stawową drugiego żebra. Rękojeść mostka, rozwijając się, rośnie bardziej wzdłuż niż wszerz we wczesnych okresach, potem jednak oś poprzeczna staje się dłuższą od osi podłużnej.

Połączenie między rękojeścią mostka, a jego trzonem w wieku dziecięcym, jest zupełnie ruchome i wypełnione luźną tkanką łączną. Do 6-go roku życia ilość tej tkanki znacznie się powiększa tak, że łączność trzonu i rękojeści staje się ściślejszą, lecz ruchomość jeszcze się nie zatraca. Dopiero pod koniec dziesiątego roku życia tworzy się unieruchomienie. Przy zwężeniach górnego otworu żadne nie dają się zauważyć zmiany w ruchomości omawianego połączenia.

Co do roli, jaką odgrywa zwężenie górnego otworu w powstawaniu gruźlicy szczytów płuc, to Freund twierdzi, iż zwężenie jest czynnikiem usposabiającym. M. jednak na podstawie swoich badań dochodzi do wniosku, że cierpienie to nie jest zależne od nieprawidłowości klatki piersiowej.

Powstawanie gruźlicy płucnej u dzieci jest zupełnie inne, niż u dorosłych. Układ limfatyczny odgrywa tu wybitną rolę. Gruźlica szczytów płuc jest u dzieci zjawiskiem bardzo rzadkiem. Jeżeli uzależnić usadowienie się prątków Kocha w szczycie płucnym od niedostatecznego przewietrzania tej części płuc, to płuca dziecięce przedstawiają się korzystniej, niż płuca dorosłych.

Żeby górne części płuc przewietrzały się możliwie najlepiej, powinny one rozszerzać się ku górze, przodowi i tyłowi. Górny otwór klatki piersiowej, prawie poziomo przebiegający u dzieci, bardzo mało może się rozszerzać w tych kierunkach, a pomimo tego wszystkiego gruźlica szczytowa jest u dzieci zjawiskiem rzadkiem.

M. widzi przyczynę tej rzadkości w różnicy konfiguracyi górnych części płucnych u dzieci dorosłych. Mianowicie, górna granica górnego płuca u dzieci przedstawia wypukły łuk, czyli t. zw. szczyt płuca u dzieci jeszcze nie jest wykształcony. Najwyższe miejsce tego łuku odpowiada okolicy pachowej. Dopiero z latami wytwarza się szczyt płuca, zwrócony ku górze i tyłowi

i wtedy górna granica górnego płatu biegnie wypukle od tyłu i góry ku przodowi i dołowi.

Przy zwężeniu górnego otworu klatki piersiowej, szczyt płuca jest wynikiem jeszcze większego zmniejszania się objętości płuc ku górze.

Przy zwężeniu górnego otworu klatki piersiowej, prawidłowe ruchy oddechowe płuc są upośledzone, co wiedzie za sobą nieznaczne przewietrzanie wierzchołków płucnych. W ten sposób budowa górnego otworu klatki piersiowej i nieprawidłowa czynność płuc usposabiają do powstania gruźlicy szczytowej.

Co się tyczy pytania, czy opisane nieprawidłowości klatki piersiowej stoją w związku z dziedzicznością gruźlicy, Mendelssohn nie wypowiada ostatecznych wniosków i mniema, że tylko dalsze badania w tym kierunku rzucić mogą na to dostateczne światło. *Dr T. Kon.*

# RUCH W TOWARZYSTWACH.

## Sekcya pedyatryczna przy Tow. lek. łódzkiem.

### Pierwsze posiedzenie zwyczajne (z programu na rok 1908/9) w dn. 11/XI 1908.

Przewodniczący — J. Brudziński, sekretarz — W. Jasiński.

Kol. A. Zieleniewska-Trenknerowa odczytała rzecz: **O przebiegu i leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci** (drukowane na str. 250).

Kol. Tomaszewski odczytał rzecz: **O leczeniu chirurgicznem zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci** (drukowane na str. 242).

Dyskusya: Pierwszy zabiera głos kol. A. Goldman: Mówca spostrzegał 23 przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci, z tych jeden u 8-miesięcznego dziecka, powikłany zamknięciem światła jelit przez pasmo zrostowe; najstarsze dziecko liczyło 12 lat. Operacyę wykonano w 14 przypadkach: w 4 wczesną operacyę (w 8—38 godzin od początku choroby), w 6 w okresie pośrednim, w 4 późną operacyę (otwarcie ropni, 2 razy od strony jamy Douglasa). Z pierwszej grupy dwoje wyzdrowiało, dwoje zmarło; z drugiej zmarło 4, w trzeciej wszystkie wyzdrowiały. — W 7 przypadkach nie operowano (2 razy wskutek beznadziejnego stanu chorych przy rozlanem zapaleniu otrzewnej). W 2 przypadkach mówca miał do czynienia z przewlekłem zapaleniem wyrostka, nadającem się do operacyi »à froid«. Wyrostek usunął mówca 3 razy: 1 w okresie pośrednim, 2 podczas wczesnej operacyi. — Mówca omawia obszerniej 2 przypadki: w pierwszym (u 2-letniego dziecka) operacyę odłożono wskutek poprawienia się stanu chorego po 48 godzinach, tymczasem 6-go dnia choroby wystąpił nagle zapad i zejście śmiertelne; operacya w okresie pośrednim prawdopodobnie uratowałaby dziecko. W drugim przypadku była septyczna postać zapalenia wyrostka robaczkowego. — Mówca wypowiada następujące wnioski: 1) łatwiej i pewniej jest usunąć wyrostek robaczkowy nawet w kilka godzin po zachorowaniu, niż otworzyć głęboki

ropień w późnym okresie choroby bez uszkodzenia sąsiednich narządów (jelita, pęcherz); 2) przebieg zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci obfituje w groźniejsze powikłania, niż u dorosłych; 3) rozpoznanie zapaleń wyr. rob. u dzieci jest znacznie trudniejsze, niż u dorosłych; 4) wszystkie przypadki zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci, nie tracące na nasileniu w przeciągu 2-ej doby lub odrazu przebiegające przy objawach burzliwych z upośledzeniem działalności serca powinny być operowane w ciągu pierwszych 48 godzin; 5) po 48 godzinach — w okresie pośrednim — należy operować zawsze, jeżeli naciek zapalny, w pierwszym okresie graniczony, ma skłonność do rozszerzenia się; 6) operować należy bezwzględnie: w przypadkach ropni pochodzenia wyrostkowego, rozlanych zapaleń otrzewnej, oraz po kilku lekkich lub jednym ciężkim napadzie. — (Według autoreferatu).

Kol. Gutentag przypadków zapaleń wyrostka robaczkowego, dokładnie spostrzeganych, miał 30: 16 ostrych i 14 o charakterze przewlekłym. Wiek dzieci wahał się od $2^3/_4$ do 12 lat. Z 16 chorych pierwszej grupy wyzdrowiało bez operacyi 10, z 6 operowanych 3 wyzdrowiało, 3 zmarło. W 2 przypadkach operowano w ciągu pierwszej doby, w pozostałych czwartego dnia lub później. Mówca sądzi, że w ostrym okresie należy możliwie wstrzymywać się z operacyą, jeśli zaś operować, to tylko w ciągu pierwszej, a najdalej 2-ej doby. Mówca zwraca główną uwagę na chorych drugiej kategoryi, u których zapalenie wyrostka rozwija się bez ostrego napadu, często bez wymiotów, jako lekkie niedomaganie z nieokreślonymi bólami brzucha; niedomaganie to trwa 2—4 dni, natomiast powtarza się nieraz kilka razy w ciągu roku i stan podobny trwa całe lata, co wywiera wpływ ujemny szczególniej na psychikę chorych; z tego też względu, jak również z powodu obawy przed ostrym napadem, którego zejście nie da się przewidzieć, w przypadkach podobnych należy operować. — Z 14 chorych drugiej grupy operowano 5, wszystkie z wynikiem pomyślnym; jeden natomiast, w którym po pierwszym lekkim napadzie operacyi nie dokonano, zapadł powtórnie po 6 miesiącach i zmarł pomimo wczesnej operacyi. — W 2 innych przypadkach spostrzegano również ciężkie nawroty po lekkim napadzie początkowym. (Według autoreferatu).

Kol. Watten roztrząsa krytycznie statystykę Strickera (przytoczoną w referacie kol. Tomaszewskiego) i wysnuwa z niej wniosek, że odsetka wyzdrowień od czasu stosowania wczesnej operacyi poprawiła się b. nieznacznie. Mówca operował wcześnie w 10 przypadkach zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci — jeden z tych przypadków zakończył się śmiertelnie, w drugim (operowanym niedawno) wystąpiły ciężkie powikłania. Mówca jest zwolennikiem operacyi na zimno. — Co do symptomatologii zapaleń wyrostka robaczkowego u dzieci, zwraca mówca uwagę

na siedzibę bólów w okolicy pępka i wbrew zdaniu referentki uważa, iż ta nietypowa siedziba jest właśnie typowa u dzieci. W sprawie wlewań podskórnych soli ostrzega mówca przed zbyt obfitem wlewaniem. Zdaniem mówcy wstrzykiwać należy u dzieci najwyżej 2 razy na dobę i nie więcej niż 100 $cm^3$ na dawkę.

Kol. Handelsman zwraca uwagę na epidemiczne nieraz występowanie zapaleń wyrostka robaczkowego; co do objawów, mówca przypisuje znaczenie różnicy termometrycznej (ciepłota w odbytnicy przewyższa znacznie ciepłotę w pasze), dalej potępia mówca leczenie makowcem i ostrzega przed podawaniem olejku rącznikowego (w jednym przypadku spostrzegał mówca przedziurawienie po zastosowaniu tegoż). Co do operacyi, to należy — zdaniem mówcy — stosować ją w ciągu 1—2 dnia choroby. Podawanie środków przeciwczerwiowych, nawet w przypadkach, gdzie obecność czerwi jest stwierdzona, uważa mówca za przeciwwskazane, stwierdzenie bowiem czerwi nie przesądza jeszcze ich roli w powstaniu zapalenia wyrostka w danym przypadku.

Kol. Maybaum: Najważniejszą — zdaniem mówcy — przyczyną zapalenia wyrostka robaczkowego jest zastój wydzieliny, podobnie jak w zapaleniu pęcherzyka żółciowego; do domniemanych przyczyn zapalenia wyr. rob. dodać należy pogląd Gołubiewa, który uważa to cierpienie za sprawę zakaźną. — Co do częstości zapaleń wyr. rob. u dzieci, to

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| według | Matterstocka | na 474 | dorosłych | przypada 46 | dzieci, |
| » | Fitza | » 228 | » | » 22 | » |
| » | Sonnenburga | » 130 | » | » 26 | » |

Baginsky z 7413 chorych dzieci widział zapalenie wyrostka rob. u 15; Einhorn na 1000 sekcyi znalazł w 5 przypadkach zapalenie wyr. rob., z tych 2 u dzieci. — Mówca dochodzi do wniosku, że zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci jest chorobą rzadką. — Co do rozpoznania, przypomina mówca objaw Mannaberga — wzmożenie drugiego tonu nad tętnicą płucną, oraz objaw Richardsona — zapomocą osłuchiwania szmerów jelitowych odróżnić można zwykły niedowład jelit od septycznego, gdyż szmery słychać tylko przy zwykłym; wreszcie podkreśla mówca również znaczenie różnicy termometrycznej. Mówca spostrzegał 17 przypadków zapaleń wyr. rob. u dzieci do lat 10;

z tych operowano:

| | | | |
|---|---|---|---|
| wcześnie | 3 — wszystkie zmarły, | | |
| w okresie pośrednim | 2 — 1 wyzdrowiało, 1 zmarło, | | |
| późno | 1 | » | |
| na zimno | 5 — 5 | » | |
| nie operowano | 6 — 5 | » | 1 » |

Mówca przeciwstawia wnioskom kol. Tomaszewskiego, następujące własne: 1) Śledzić zapalenie wyrostka robaczkowego

może internista nie gorzej od chirurga; należy tylko zdawać sobie sprawę, że operacya wczesna jest najkorzystniejszą dla chorego i technicznie najłatwiejszą. 2) Zapalenie wyr. rob. u dzieci nie ma groźniejszego przebiegu, — należy jednak bezwzględnie operować w przeciągu 48 godzin każdy przypadek o silnem i nie tracącem na sile natężeniu. 3) Zadaniem lekarza, oprócz oceny przypadku jest leczenie, dzięki niemu bowiem nasilenie przypadku może się zmniejszyć. 4) Po upływie 48 godzin powinna być dokonana operacya, o ile wytworzył się ropień lub o ile stan ogólny chorego stale się pogarsza. 5) Przy zapaleniu rozlanem otrzewnej należy operować bezzwłocznie; na zimno operować trzeba każdego chorego, który przebył jeden lekki lub kilka ciężkich napadów. — Wniosek pierwszy kol. M. wywołał jeszcze dyskusyę pomiędzy kol. Wattenem i Maybaumem. (Podł. autoreferatu).

Kol. Perlis podkreśla znaczenie pierwszego wniosku kol. Tomaszewskiego. — Chirurg — zdaniem mówcy — powinien mieć słowo decydujące w każdym przypadku, choćby tylko podejrzanym o zapalenie wyr. rob. — Odpowiedzialność za zły wynik operacyi spada na tego, kto przeoczył odpowiednią chwilę. Operować należy w każdym przypadku, o ile to możliwe przed upływem drugiej doby. Operacyę na zimno lepiej jest wykonać w rok po przebytym napadzie, aniżeli wcześniej. Operować należy przytem nawet po jednym lekkim napadzie. Środki czyszczące i makowiec należy potępić. — Mówca przedstawia wyrostek, wycięty w 27 godzin od początku choroby — przebieg w początku pierwszej doby był nietypowy, już po 27 godzinach wystąpił nagły zapad, sinica; — wykonana bezzwłocznie operacya wykazała zgorzelinowe zapalenie wyrostka robaczkowego, przedziurawienie jeszcze nie nastąpiło. (Podł. autoreferatu).

Kol. Brudziński sądzi, iż w myśl pierwszego wniosku kol. Tomaszewskiego, chirurg powinien być jak najwcześniej powoływany przez pedyatrę do wspólnego spostrzegania przypadków, podejrzanych o zapalenie wyrostka robaczkowego, ze względu jednak na wielkie nieraz trudności różniczkowo-rozpoznawcze, wymagające dokładnej znajomości właściwości ustroju dziecięcego, przejść pod wyłączne spostrzeganie chirurga może zapalenie wyrostka robaczkowego dopiero z chwilą ustalenia rozpoznania. Tak mówca rozumie wniosek pierwszy referenta.

Z przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci podnieść należy przedewszystkiem właściwości przebiegu i częstość tego cierpienia u dzieci do lat dwóch. Nie należy zapominać, że zapalenie wyrostka spotyka się nawet u najmłodszych niemowląt. Albrecht n. p. przytacza sekcyjnie stwierdzone przypadki przedziurawienia wyrostka u 1—3 mies. niemowląt. Kirmisson zebrał z piśmiennictwa 26 spostrzeżeń zapalenia wyrostka u niemowląt, w tem jeden z własnej obserwacyi, i podaje w swej pracy następujące wnioski: Zapalenie wyrostka u dzieci do lat

dwóch nie jest tak rzadkie, jak się przypuszcza, rozwija się raptownie, rokowanie jest bardzo poważne; zabieg natychmiastowy jest wskazany, gdyż jedyne przypadki wyleczenia należą do kategoryi operowanych wcześnie. Dodaje jednak Kirmisson, na co się mówca najzupełniej zgadza, że »trudno się nieraz zdecydować wobec wielkich trudności rozpoznawczych.« Brudziński widział 3 przypadki u dzieci do lat dwóch, wszystkie operowano. — Jedno 14-miesięczne w 4 godziny od chwili wystąpienia pierwszych objawów operowane; — wyrostek przedziurawiony, niewielka ilość mętnego płynu w jamie otrzewnej; — wyzdrowienie; powikłania zapaleniem płuc z lewej strony, ropnym wysiękiem opłucnej z prawej strony. Dziecko 8-miesięczne, operowane w 36 godzin od wystąpienia napadu; wyrostek przyrośnięty do jelita, błona śluzowa pokryta licznemi wybroczynami. Wyzdrowienie bez powikłań. Dziecko 2-letnie — ropień operowany 8-go dnia przy stanie ogólnym niezmiernie ciężkim, bez typowego umiejscowienia bólów, długotrwałe zdrowienie (8 tygodni); w 3 miesiące od czasu wyzdrowienia wystąpiły bóle w okolicy wyrostka, dokonano doraźnej operacyi na zimno. Światło wyrostka zamknięte przez przewężenie pośrodku. Dziecko, obecnie 7-letnie, zdrowe. — We wszystkich tych przypadkach brak było typowych objawów i rozpoznanie, należało raczej stawiać przez wyłączenie.

W sprawie rozpoznania różniczkowego Br. kładzie nacisk na bóle brzuszne, występujące w początkach zapalenia płuc, duru brzusznego u dzieci. Przytacza przypadek Seymour Emausa, gdzie objawy były tak wybitne, iż przystąpiono do operacyi i stwierdzono zupełnie prawidłowy wyrostek, a na drugi dzień stwierdzono typowe objawy zapalenia płuc. (»Pneumonie pseudo-appendiculaire« autorów francuskich). W innym przypadku Leroux współistniały jednak i zapalenie płuc i zapalenie wyrostka (przypadek z badaniem pośmiertnem).

Znacznie mniej rozpowszechnioną jest znajomość postaci zapalenia wyrostka, przebiegających z burzliwymi objawami nerwowymi. Mówca przytacza niezmiernie ciekawy przypadek Mousetti u dziewczynki 10-letniej, która podczas 2 napadów zapalenia wyrostka w okresie 3-miesięcznym, przedstawiała typowy obraz cierpienia opon mózgowych, tak że podczas pierwszego napadu rozpoznano nawet zapalenie opon gruźlicze. Stan taki trwał kilka tygodni. Podczas drugiego napadu, również z typowymi objawami zapalenia opon mózgowych, dokonano operacyi, ze względu na typowy ból w punkcie Mac-Burneya; operacya potwierdziła rozpoznanie zapalenia wyrostka. Wyzdrowienie zupełne. W przypadkach podobnych mamy więc »meningismus«, — jak w przebiegu szczytowego zapalenia płuc lub zaburzeń żołądkowo-jelitowych u dzieci.

Obok rzeczywistych napadów zapalenia wyrostka pamiętać należy o t. zw. »appendalgia« inaczej »skolikalgia«. — Na-

pady bólów wskutek nieprawidłowego ułożenia wyrostka; rozdęcie kątnicy wywiera wtedy uraz na wyrostek i powoduje bóle. Hochenegg radzi w takich przypadkach również operować; — na 14 operowanych z tego powodu przypadków w 13 otrzymał wyzdrowienie zupełne; uprzedza się tym sposobem wystąpienie rzeczywistego napadu. Istnieje poza tem pewna kategorya przypadków, gdzie usunięcie wyrostka nie usuwa bólów; oprócz przypadków t. zw. »pseudoappendicitis« jako nerwicy urazowej, należą tu zdaniem Wilmsa przypadki, w których przyczyną bólów była długa ruchoma kątnica (coecum mobile), która wskutek skręcania się, rozciągania daje bóle. Wycięcie wyrostka bez umocowania takiej ruchomej kątnicy (fixatio coeci) nie usuwa bólów. Wilms wykonał z tego powodu operacyę w 40 przypadkach, przy zdrowym wyrostku z wynikiem pomyślnym, bóle nigdy już nie występowały. W sprawie częstości zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci starszych ponad 2 lata, dostatecznie poruszonej w referatach i dyskusyi, Brudziński dodaje zdanie prof. Hochenegga, że zapalenie wyrostka robaczkowego spotyka się znacznie częściej u dzieci miejskich, niż u dzieci wiejskich. Hochenegg tłómaczy to w następujący sposób: Prawdziwy napad zależy zawsze od pewnego zastoju zawartości w wyrostku. Zastój zawartości może nastąpić między innemi i wskutek rozdęcia kątnicy; — otwór do wyrostka staje się chwilowo większy i łatwiej przepuszcza cząsteczki kału; po powrocie rozdętej kątnicy do stanu zwykłego, gdy otwór zmniejszył się znacznie, część kału pozostaje w wyrostku, twardnieje, przeistacza się w kamienie kałowe. Owe rozdęcia kątnicy powstają głównie przez zastój kału, nieżyt przewlekły jelit grubych i wytwarzające się przez to gazy. Tem się tłómaczy częstość zapalenia wyrostka u dzieci miejskich w okresie szkolnym, które najczęściej miewają zaburzenia jelitowe i wskutek ścisłego przestrzegania jako nieprzyzwoitości nie oddają prawie nigdy gazów; — wskutek rozdymania jelit przez gazy, powoli wytwarza się tło do zapalenia wyrostka na zasadzie powyższego mechanizmu. Natomiast dzieci wiejskie wskutek większego ruchu nie mające zaburzeń kiszkowych, a przedewszystkiem bez najmniejszego skrępowania dające upust nagromadzającym się w jelitach gazom, chronią się temsamem od nadmiernego rozciągnięcia jelit, a więc i kątnicy, a co za tem idzie, od zajęcia wyrostka sprawami zapalnemi.

Mówca przytacza ten oryginalny pogląd znanego chirurga jako ciekawy, choć opar.y na jednostronnem etyologicznem pojmowaniu zapaleń wyrostka (kamienie kałowe) ze względu, iż pod względem zapobiegawczym możnaby z tych rozumowań Hochenegga jednakże wysnuć pewne wnioski. (Autoreferat).

**Posiedzenie kliniczne d. 25/XI 1908** (w sali szpitala Anny Maryi).

Przewodniczący: J. Brudziński, sekretarz: W. Jasiński.

1) A. Tomaszewski pokazuie 7-tygodniowego chłopca,

u którego dokonał doszczętnej **operacyi przepukliny pachwinowej** — podczas operacyi usunięto również **wyrostek robaczkowy**, znaleziony w worku przepuklinowym; — zagojenie doraźne. W dyskusyi kol. M. Kohn wspomina o przypadkach, które dają się uleczyć bez operacyi, — mówca jednak jest zwolennikiem zabiegu niezależnie od wieku dziecka.

2) J. Brudziński pokazuje **a)** 4-letniego Władzia H. (opisany w wieku 2 lat w pracy »Myxoedema, mongolismus i micromelia« — patrz Czasopismo lekarskie r. 1907), leczonego od lat 3 tyreoidyną z powodu **obrzęku śluzowatego.** Chłopiec pod wpływem leczenia stale się poprawia; gdy jednak matka w lecie na trzy miesiące zaniechała leczenia, stan uległ znowu znacznemu pogorszeniu, zjawił się znowu obrzęk twarzy, powrócił głupkowaty wyraz; podawanie ponowne pastylek znowu to usunęło. Obecnie wzrost dziecka 81 ctm. W pierwszym roku leczenia wzrost dziecka powiększył się o 13 ctm. po wybraniu z przerwami 145 pastylek po 0,1 tyreoidyny, obwód głowy powiększył się o $5^1/_2$ ctm. Przez następne dwa lata poprawa następowała znacznie powolniej, wzrost powiększył się tylko o 2 ctm., obwód głowy wcale się nie zwiększył. Waga przez pierwszy rok wzrosła z 7.750 do 10.340, przez następne dwa lata do 13.460. Waga zresztą ulega wahaniom, po leczeniu zawsze się obniża, tak n. p. ostatnia waga (po dłuższej przerwie w leczeniu), spadła do 12.660 po trzech tygodniach leczenia i wybraniu 30 pastylek po 0,1 tyreoidyny. — Rozwój umysłowy mało się posunął przez ostatnie dwa lata. Wzrost dziecka po roku leczenia (w wieku 2 lat) różnił się od przeciętnego dla tego wieku wzrostu o 6 ctm., obecnie różnica ta wynosi — 10—12 ctm. (4 lata), dziecko więc nie tylko wciąż pozostaje w tyle, ale stosunek się nawet na niekorzyść zwiększył. Przypisać to należy w znacznej mierze mniej ścisłemu przeprowadzaniu leczenia przez matkę w dwóch ostatnich latach, świadczy to zarazem jednak o nietrwałości wewnętrznego leczenia tyreoidyną w kołaczykach, o przeszczepieniu zaś gruczołu z matki nie może w tym przypadku, jak i w wielu innych, być mowy. **b)** Gitla J., 16 lat, dotąd nieleczona tyreoidyną, wogóle żyła w warunkach higienicznych i odżywiania jak najgorszych. Wzrost $78^1/_2$ ctm. waga 14 kilogr. zamiast 158 ctm. i 42 kilogr. dla tego wieku. Obwód głowy $50^1/_2$ ctm. zamiast $52^1/_2$ ctm. Wszelkie cechy obrzęku ślu-śluzowatego — skóra sucha, łuszcząca się, nibytłuszczaki — zwłaszcza na karku (kark bawoli), ręce poduszkowate. Epicanthus. Twarz obrzmiała, wyraz twarzy zupełnej idyotki. Wargi grube, obwisłe. Nos szeroki. Uszy odstające, grube. Uszka dość dobrze rozwinięte. Głowa nieforemna, guzowatość potyliczna zewnętrzna bardzo wybitna, wypuklenia czołowego prawie brak zupełny, czoło zarośnięte włosami aż po same brwi. Przepuklina pępkowa. Stolec b. zaparty (prolapsus recti). Rozwój umysłowy zupełnie upośledzony, chora nie mówi prawie nic. Po wybraniu

60 kołaczyków po 0,1 stan zaczął się korzystnie poprawiać. Twarz zupełnie się zmieniła, nabrała inteligencyi, dziecko się uśmiecha, zaczepia otoczenie, opiekuje się dziećmi, bawi lalką — inteligencya jednak najwyżej $1^{1}/_{2}$-rocznego dziecka. Chora mówi b. niewiele, powtarza wszystko, co słyszy. Skóra zupełnie się zmienia, miękka, jedwabista. Nibytłuszczaki na policzkach, karku znikły zupełnie. Dziecko chodzi zupełnie swobodnie, biega. Stolce prawidłowe. Waga waha się od 13—14 kilogr. Leczenie przerywano dwa razy z powodu podniesienia się ciepłoty. Wzrost po 2 mies. leczenia, z małemi przerwami, 84 ctm. ($78^{1}/_{2}$); przyrost o $5^{1}/_{2}$ ctm. odbywał się tak: 11. X. — $78^{1}/_{2}$ ctm., 25. X. — 80 ctm. 4. XI. $82^{1}/_{2}$, 20. XI. $82^{1}/_{2}$, 8. XII. 84 ctm. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierają głos: Przedborski, H. Kohn, Pański, Klozenberg.

3) W. Jasiński pokazuje 5-letniego chłopca, przyjętego do szpitala A. M. z wybitnymi objawami **gruźliczego zapalenia opon mózgowych** (sztywność karku, objaw Kerniga, odruch drugostronny (Brudziński) na kończynie dolnej lewej). — W płucach podczas przyjęcia zmian nie stwierdzono; nakłucie lędźwiowe dało płyn przeźroczysty, pod znacznem ciśnieniem. W 9 dni po przyjęciu ciepłota, dotąd niezbyt wysoka (38—38,5°), podniosła się do 40°; stwierdzono zapalenie krupowe płuca prawego (szczytowe); objawy mózgowe po spadku ciepłoty ustąpiły, z wyjątkiem spastycznego stanu kończyn dolnych i pewnego zamroczenia inteligencyi. W przypadku tym (obserwacya trwa) przypuszczać można **zwolnienie** (remissio) **w przebiegu gruźliczego zapalenia opon** mózgowych po przejściu zapalenia krupowego płuc.

W dyskusyi podkreśla Brudziński znaczenie odruchu drugostronnego, który w tym przypadku występował wybitnie, Klozenberg przypuszcza, że zwolnienie zależy od działania nakłucia. — Dalszy przebieg choroby ma być omówiony na następnem posiedzeniu klinicznem.

4) A. Zieleniewska-Trenknerowa pokazuje i omawia przypadki: a) **pląsawicy** (chorea vulgaris) u 4-letniej dziewczynki o przebiegu niezwykle ciężkim i szybkiej poprawie — stosowano brom 4,0—5,0 (pro die), kąpiele ciepłe i zawijania, arszenik z początku wewnętrznie, później podskórnie; poprawa nastąpiła w tydzień od rozpoczęcia leczenia, w 5-tym tygodniu choroby. — b) Rózia F. 6 lat. W 4-tym roku życia odra — od tego czasu rozpoczęło się osłabienie, dziecko zaczęło gorzej chodzić i mówić, — od roku nie chodzi, nie mówi — miewała drgawki. Obecnie: siedzieć nawet nie może, »przelewa się przez ręce«; drganie kończyn i twarzy występuje stale, wybitniej po stronie prawej; odruchy kolanowe prawidłowe, Babiński i Kernig — ujemne, odruchy skórne zniesione. Sztywności karku i dermografii niema. Prawa źrenica nieco szersza od lewej, od-

ruch źrenic leniwy. — Na kłucie oddziaływa płaczem. Interesuje się nieco otoczeniem, lecz sprawia wrażenie zupełnego niedołęstwa umysłowego (idiotismus); przypuszczalne rozpoznanie: **encephalitis** (post morbillos). (Wedł. autoreferatu). — W dyskusyi Klozenberg zgadza się z rozpoznaniem powyższem, Pański podkreśla jednoczesne zajęcie rdzenia (encephalomyelitis).

5) W. Jasiński przedstawia 2 przypadki:

a) Stefcio Z., 2 l., skierowany do szpitala (przez kol. Grabowskiego) ze wskazaniem do natychmiastowej tracheotomii wskutek wybitnego **zwężenia krtani.** Według wywiadów duszność trwa od kilku miesięcy, nasila się stopniowo — w ostatnich dniach pogorszenie. — Stan dziecka w szpitalu nie był już groźny, zabieg odłożono; — w płucach stwierdzono ognisko zapalne (bronchopneumonia); po spadku ciepłoty oddychać zaczął swobodnie, — duszność występowała wybitniej podczas ruchów (n. p. podczas zabawy); **bezgłos** utrzymuje się. — Badanie laryngoskopowe nie dało się wykonać pomimo kilkakrotnych prób (Grabowski, Pieniążek). — Rozpoznanie przypuszczalne — brodawczaki krtani; poprawę w stanie chorego tłómaczyć należy skłonnością tych nowotworów do zaniku, szczególniej po przejściu sprawy gorączkowej.

W dyskusyi omawiano wskazania do zabiegu, — doradzono zbadać dziecko w uśpieniu, gdyby zaś badanie to nie dało wyniku, dokonać tracheotomii, po której brodawczaki często zanikają. — Głos zabierali Brudziński, Grabowski, W. Jasiński, Przedborski.

b) Julcia S. l. 4; chora 9-ty dzień, według wywiadów choroba rozpoczęła się nagle, wymiotami. Przy badaniu: C. $40^1$ stan ciężki, kończyny chłodne, tętno ledwie macalne; skóra czysta. W płucach: nad prawem stłumienie od szczytu do połowy łopatki, oddech oskrzelowy, trzeszczenia. — Brzuch napięty, wątroba na $1^1/_2$ palca, śledziona na 2 palce pod łukiem, twarda. W moczu ślad białka, wałeczków brak, — wybitny odczyn dwuazowy. Ciepłota po 2 dniach spadła do $37^8$, wkrótce jednak podniosła się ponownie do $41^0$; stwierdzono zapalenie lewego ucha, — po kilku dniach ropotok z ucha; wahania ciepłoty trwają — ropotok z drugiego ucha. W płucach oddech oskrzelowy, rzężenia dźwięczne i przelewania, dziecko niszczeje, traci na wadze, ciepłota wieczorem $40^0$, rano $37^2$—$36^8$, tor nieprawidłowy; powstaje przypuszczenie zaostrzenia się i szybkiego postępu sprawy gruźliczej (dziecko o typie gruźliczym, odczyn po szczepieniu (Pirquet wątpliwy). Śledziona w przebiegu choroby zmniejszyła się tak, iż macalny jest tylko brzeg tuż pod łukiem; po 20 dniach choroby ustala się stan bezgorączkowy, dziecko je coraz chętniej, stan poprawia się; nad szczytem prawym oddech zaostrzony, rzężeń coraz mniej; śledziona w głębi pod łukiem; po 9 dniach przerwy ciepłota podnosi się stopniowo do $40^0$, w płucach nowych zmian nie stwierdzono, śledziona znowu

powiększona znacznie, twarda, na 2 palce pod łukiem; w 2 dni później wystąpiły typowe różyczki. Rozpoznano **dur płucny** (pneumotyphus) z nawrotem od 38-go dnia choroby. — W dyskusyi zabiera głos Brudziński, podkreślając niezwykły przebieg w tym przypadku i wyłączając zakażenie szpitalne.

6) A. Tomaszewski przedstawia: **a)** 9-letnią dziewczynkę po **operacyi doszczętnej wyrostka robaczkowego**, dokonanej w 30 godzin od początku choroby (omówiona w referacie Tom. na posiedzeniu poprzedniem). — **b)** 10-letnia dziewczynka, od $1^1/_2$ roku niedomaga, znacznie wyniszczona. Brzuch wzdęty, lewa strona wypuklona wyraźniej; przy macaniu wyczuwa się guz dochodzący do linii pępkowej, twardy, tkliwy na ucisk; z tyłu guz ginie pod żebrem, u dołu dochodzi do talerza kości biodrowej. W moczu b. dużo ropy. Rozpoznano guz wychodzący z nerki, wobec jednoczesnych zaś zmian gruźliczych w płucach przypuszczano **gruźlicę nerki**. — Operacya, dokonana przy pomocy cięcia pozaotrzewnego wykazała nerkę, wagi 500,0, wypełnioną jamami, w których zawarte były rozpadające się masy serowate; moczowód zgrubiały do szerokości 1 ctm. (preparat przedstawiono). — W danym przypadku nie dokonano cystoskopii i cewnikowania moczowodów; cystoskopia u dzieci może być dokonana tylko w uśpieniu, u dziewcząt od 1-go roku życia, u chłopców od lat 2; cewnikowanie zaś moczowodów u dziewcząt od 1-go roku, u chłopców od 8 lat, najlepiej jest jednak badać sprawność nerek wstrzykiwaniem floryzyny, — można też dokonać kryoskopii krwi i moczu (z każdej nerki oddzielnie) i po tych badaniach dopiero należałoby przystąpić do wycięcia nerki. — Chora po zabiegu (5 tygodni) ma się dobrze, przybrała na wadze. (Streszczenie własne).

W dyskusyi omawiano szerzej sprawę cewnikowania moczowodów, co większość uznała za zabieg niebezpieczny, przekładając zbieranie moczu z każdej nerki oddzielnie za pomocą odpowiednich przyrządów. Głos zabierali Prechner, Goldman, M. Kohn.

7) Rotwand przedstawia **a)** chorą od 3 lat, 10-letnią dziewczynkę, z rozpoznaniem **rozszerzenia oskrzeli; b)** $1^1/_2$-roczną dziewczynkę z typowymi objawami **choroby Tay-Sachsa.** Klozenberg po badaniu dna oka stwierdza zanik nerwu wzrokowego oraz typową plamkę czerwową.

8) J. Brudziński przedstawia preparat **mnogich ropni wątroby** i omawia przypadek: Maryanna T. 8 lat, chora od sześciu tygodni, od 2 tygodni znaczne pogorszenie. — Obraz zakażenia ogólnego, wychudzenie niezwykłe, wybroczyny krwawe na skórze tułowia i kończyn dolnych. Ropotok z prawego ucha. Gardło czyste, cuchnienie z ust. Tętno prawie niewyczuwalne. Zmian w płucach nie stwierdza się. Brzuch wzdęty, bolesny nieco z prawej strony w okolicy wyrostka. Wątroba duża, twarda. Śledziona twarda, powiększona. Po 2 dniach pobytu w szpitalu

zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne wykazuje: Płuca b. blade, wylewy krwawe na powierzchni i na przekroju. W jamach opłucnych płynu brak. W worku osierdziowym koło 4 łyżek stołowych mętnego, zielonkawego płynu, mięsień serca niezmiernie blady. W jamie otrzewnej płynu brak. Pętle jelit niepozrastane. Wyrostek robaczkowy z długą krezką, światło wolne. Na błonie śluzowej wylewów krwawych, ani innych zmian nie widać. W jelitach żadnych owrzodzeń nie stwierdza się. Śledziona ogromna, twarda, wątroba ogromna, zrośnięta z przeponą mocną łącznotkankową otoczką na całej przestrzeni, prawa nerka przyrośnięta do wątroby, również ściśle zrośnięta z wątrobą śledziona. Przy próbie oddzielenia wątroby od przepony wylała się ropa gęsta, z domieszką żółci; pośrodku prawego płata wątroby ropień duży, oprócz tego wątroba cała wprost podziurawiona mniejszymi ropniami. Ropnie również i w lewym płacie, tu niektóre ropnie otoczone łącznotkankową otoczką, stwardniałe wewnątrz. — Br. omawia czynniki etyologiczne, wyłączając czerwonkę, dur, zapalenie wyrostka robaczkowego, zatrzymuje się na czerwiach, których dość dużo stwierdzono w jelitach, — przypisuje jednak z największem prawdopodobieństwiem powstanie ropni wątroby — ropniowi podprzeponowemu, za czem przemawiają zrosty wątroby z otoczeniem i ścisły związek głównego ropnia z przeponą.

W dyskusyi Perlis przypomina, że w przypadkach podobnych pierwotnem ogniskiem może być zapalenie szpiku kostnego.

**Posiedzenie zwyczajne d. 9 grudnia 1908** (II-gie z programu na r. 1908/9) w sali ogólnej Towarzystwa lekarskiego Łódzkiego.

Przewodniczący: J. Brudziński, sekretarz: W. Jasiński.

1) W. Jasiński: **O leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci** (porównaj: Sprawozdanie poglądowe na str. 260).

2) H. Goldberg: **O leczeniu chirurgicznem gruźliczego zapalenia otrzewnej**.

Autor przytacza zdania bezwzględnych zwolenników i przeciwników zabiegu operacyjnego, poczem przechodzi do rozpatrzenia wskazań i przeciwwskazań. Zastanawiając się nad względną wartością operacyi przy rozmaitych postaciach gruźliczego zapalenia otrzewnej, przytacza prelegent poglądy autorów na operacyę przy rozmaitych powikłaniach. Na pytanie, kiedy należy operować, znajdujemy w literaturze mniej lub więcej ścisłe określenia, zależnie od poglądów danego chirurga na przebieg i rokowanie omawianego cierpienia. Ostateczny jednak wniosek brzmi: operacya jest najbardziej na czasie we wczesnym okresie gruźliczego zapalenia otrzewnej przy ogólnym dobrym stanie chorego.

Dalej opisuje prelegent poszczególne metody operacyjne, które podzielono na dwie grupy; do pierwszej należy otwarcie szerokie jamy brzusznej, do drugiej zaś działanie na otrzewną bez szerokiego otwarcia. W pierwszej grupie spotykamy: nacięcie ściany brzusznej, sączkowanie, przemycie, wytarcie jodoformem, usunięcie dostępnych schorzałych narządów i t. d.; do drugiej: nakłucie, sączkowanie przez dwa otwory, wpuszczanie powietrza i t. d. Przegląd literatury poucza, że ze wszystkich proponowanych zabiegów najwięcej zwolenników znalazło proste nacięcie ściany brzusznej.

Na czem polega właściwie zbawczy wpływ laparotomii — pytanie to pozostało dotychczas nierozwiązane. Początkowo objaśniano wynik dodatni zmianą warunków ciśnienia w jamie brzusznej, czyli otwarciu otrzewnej przypisywano znaczenie czysto paliatywne. Później podrażnieniu otrzewnej i wywołanemu przezeń bliznowaceniu przypisywano zasługę, od r. 1896 zaś na plan pierwszy występuje teorya Biera o przeciwzakaźnem działaniu przekrwienia.

Co się tyczy zmian wstecznych, zachodzących w gruzełku przy zdrowieniu, istnieją właściwie dwie tylko teorye, mianowicie Nannottiego i Bacchiottiego o bliznowaceniu gruzełka wskutek rozwoju młodej tkanki łącznej i nowotworzenia naczyń, i Gattiego o zwyrodnieniu torbielowatem komórek, w skład gruzełka wchodzących.

Nakoniec podaje prelegent dane statystyczne podług rozmaitych autorów, przyczem wyniki zabiegu operacyjnego u dzieci szczególnie uwzględniono. (Streszczenie własne).

Dyskusya: S. Sterling sądzi, że należało uwzględnić objawy gruźliczego zapalenia otrzewnej; pominięto też etyologiczną rolę lasecznika »typi bovini« w powstawaniu schorzeń narządów jamy brzusznej u dzieci. — A. Goldman omawia 2 przypadki gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci, leczone operacyjnie z wynikiem pomyślnym. — A. Tomaszewski przytacza wyniki w 4 przypadkach, leczonych operacyjnie w szpitalu Anny Maryi: 2 u 6-letnich i 2 u 14-letnich; 2 przypadki gruźliczego zapalenia otrzewnej surowiczego zakończyły się pomyślnie, 2 inne zaś — ze zlepami i zrostami — śmiertelnie: jeden 5-go dnia po operacyi wskutek przedziurawienia jelit i następnego zakażenia ogólnego; w drugim również w kilka dni po operacyi wytworzyła się przetoka kałowa (śmierć wskutek ogólnego wyniszczenia). Nie należy więc, — zdaniem T., — dążyć do rozluźnienia zrostów, gdyż tkanki są wiotkie i szwy niepewne. — Co do wieku, kiedy gruźlicze zapalenie otrzewnej najczęściej występuje, to mówca na zasadzie statystyki Münstermana i Nothnagla wyraża zdanie, że najczęstsza jest ta postać między 30—40 rokiem i najrzadsza do lat 10, nieuzasadnione jest więc przypuszczenie, że w zakażeniu gra rolę »typus bovinus«, wchłaniany przez dzieci z mlekiem. Łagodny przebieg i pomyślne

zejście częste jest i u dorosłych. — Gruźlicze zapalenie otrzewnej rzadko bywa pierwotne: Borschke na 226 przypadków sekcyjnych w 200 znalazł zmiany w płucach, w 2 tylko przypuszczał pierwotne zakażenie otrzewnej. — Co do wskazań do zabiegu, zdaniem Borchgrevinka operacya jest wprost szkodliwa dla gorączkujących. — Statystyka wyników pooperacyjnych nie jest ujednostajniona; wynik zależy wielce od postaci zapalenia, a również od czasu, jaki upłynął od operacyi bez nawrotu choroby; najlepsze rokowanie daje zapalenie surowicze, najgorsze ropnowrzodziejące; pośrednie miejsce zajmuje zapalenie zrostowe (mówca przytacza statystykę Wunderlicha i Franka). — Czy laparotomia działa pomyślnie, czy też — jak twierdzi Borchgrevink, — wcale nie działa, orzec trudno; T. widział jednak przypadek zapalenia zrostowego (u 15-letniej dziewczyny) z objawami niedrożności jelit, w którym po laparotomii (bez rozluźnienia zrostów) nastąpiło wyzdrowienie; nawrotu choroby niema, choć upłynęło już 4$^1/_2$ lat.

Perlis zwraca uwagę na puchlinę brzuszną mleczystą (ascites chylosus), jaka zdarza się nierzadko w postaci włóknisto-serowatej zależnie od ucisku powiększonych gruczołów krezkowych na zbiornik mleczu (cysterna chyli); (mówca przytacza przypadek Mauclairea); opisano też powikłanie gruźliczego zapalenia otrzewnej zapaleniem otrzewnej pneumokokowem; przy tem powikłaniu najczęstsze jest zejście w prosówkową postać gruźlicy. — Co do leczenia polecać należy (nawet w przypadkach operowanych) wcierania szarego mydła. Maybaum ostrzega przed wcieraniami gwajakolu, gdyż wywołują one gwałtowny spadek ciepłoty i zapad. — Przedborski wspomina o znaczeniu cierpień ucha w etyologii gruźliczego zapalenia otrzewnej.

Brudziński przytacza niektóre dane z piśmiennictwa angielskiego, pominięte w referacie — dane Johna Bottomley (28 oper. przyp.), Morgana Rotch (69 przyp.), zwolenników zabiegu operacyjnego. Koplik, Jacobi wypowiadają się raczej za leczeniem zachowawczem, uważając zabieg jako ostatni ratunek, gdy inne metody leczenia zawiodą. Jacobi uważa nawet, iż zagadnienie pozostaje jeszcze otwarte, czy przypadki wyleczone przez laparotomię nie należą właśnie do tych, któreby się wyleczyły również pozostawione same sobie. Dr Dodton z Chicago zaleca leczenie promieniami Roentgena. Brudziński leczył dwa przypadki gruźliczego zapalenia otrzewnej (wspólnie z R. Bernhardtem w Warszawie) promieniami Roentgena; omawia szczegółowo jeden przypadek dłużej spostrzegany z wynikiem pomyślnym: Szczepan I. 7 lat; po uprzedniem leczeniu wcieraniami szarego mydła bezskutecznie przez czas dłuższy; dziecko poddano wogóle 16 naświetlaniom w okresie 2$^1/_2$ miesięcznym. Długość iskry 22—25 ctm., 1200 przerw na 1'; 1—1$^1/_2$ Ampère, twarda rurka Crookesa. Naświetlano tylko brzuch, sąsiednie części odpowiednio zabezpieczono. Żadnego widocznego odczynu ze strony skóry

nie zauważono przez cały czas leczenia i wogóle żadnego szkodliwego ubocznego działania. Dziecko, badane w $1^{1}/_{2}$ roku po ukończeniu naświetlania, uważać można było za zupełnie wyleczone. W przypadku tym, w uśpieniu chloroformowem wyczuwano wyraźnie liczne powiększone gruczoły krezkowe, stan ogólny był niezmiernie ciężki i warunki hygieniczne i odżywiania bardzo niepomyślne. Br. sądzi, że leczenie promieniami Roentgena powinno znaleźć zastosowanie, gdy inne metody leczenia zawiodły. Brudziński podnosi znaczenie leczenia dzieci z zapaleniem gruźliczem otrzewnej w klimacie morskim, przytaczając dane z własnego doświadczenia, nader pomyślne.

---

## Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

### Posiedzenie w dniu 10/23. września 1908.

A. Nowiński: **O diplokokowem zapaleniu otrzewnej u dzieci.**

Dyskusya: B. Kozłowski przypomina sobie z dawnych czasów przypadek ropnego zapalenia otrzewnej u 4-letniej dziewczynki. Badania bakteryologicznego nie było, to też zrazu uważał K. ten przypadek za zapalenie na tle wiewiórowem, teraz jednakże skłania się do przypuszczenia, że chodziło raczej o *peritonitis diplococcica.* Ropa przebiła sobie wreszcie sama ujście przez powłoki brzuszne w okolicy pępka, dziecko zaś wyzdrowiało po $3^{1}/_{2}$-miesięcznej chorobie. Co się tyczy leczenia w podobnych przypadkach, to można czekać, o ile sprawa jest otorbiona, należy natomiast operować nie zwlekając, jeżeli chodzi o rozlane zapalenie otrzewnej. — Pietkiewicz zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze bez badania bakteryologicznego. W przypadku prelegenta kilku doświadczonych klinicystów popełniło pomyłki rozpoznawcze, przypuszczając już to dur brzuszny, już to poprostu tylko zatrucie, z kiszek pochodzące. — Sągajło sądzi, iż z tego, co powiedział prelegent o przebiegu choroby w jego przypadku, wnosićby można, że jedynym objawem, pozwalającym na kliniczne rozpoznanie różniczkowe pomiędzy pneumokokowem zapaleniem otrzewnej, a zapaleniem wyrostka robaczkowego, byłaby biegunka. — Januszkiewicz pyta, czy bębnica była znaczna, czy ból był silny, czy występowała wyraźna twardość ścian brzusznych *(defense musculaire)*, gdyż ten objaw właśnie należy uważać za jedną z głównych oznak zapalenia otrzewnej, i to mianowicie zapalenia, wywołanego przez bardzo jadowite drobnoustroje (gronkowce, paciorkowce, prątki okrężnicy), gdy natomiast ten objaw może nie występować wcale, lub występować słabo przy łagodniejszych postaciach zapalenia otrzewnej, jak to było n. p. w przypadku preleganta. — Socha-

cki zaznacza, że czasem trudno powiedzieć, czy się ma przed sobą sprawę rozlaną, czy też otorbioną; co się zaś tyczy twardości mięśniowej, to bywają wyjątki. Pamięta on sam chorego, po którego śmierci sekcya wykazała zapalenie otrzewnej wskutek dziurawiącego wrzodu dwunastnicy, pomimo tego, że za życia owej twardości mięśni u chorego zauważyć nie było można.

---

## Towarzystwo medycyny wewnętrznej w Wiedniu.

### Sekcya pedyatryczna — posiedzenie 10/XII 1908 r.

(Sprawozdanie własne).

---

Przewodniczący Dr Th. v. Geuser. Sekretarz doc. v. Pirquet.

I. Dr A. Goldreich przedstawia **wrodzone wysokie położenie lewej łopatki** (Deformität Sprengel's). Przyczyna: prawdopodobnie nieprawidłowe wykręcenie danego ramienia podczas ciąży wskutek braku wód płodowych. Obraz rentgenowski wykazuje prócz tego narośl kostną wychodzącą z 6-go kręgu piersiowego. W piśmiennictwie opisano 34 podobnych przypadków.

II. A. Goldreich przedstawia 7-letnią dziewczynkę **z dwustronnemi żebrami szyjnemi.** Badanie rentgenowskie wykazuje, że żebra wyrastają z 7-go kręgu szyjnego.

III. H. Koch przedstawia $2^1/_2$-letniego chłopca ze **słoniowaciną** wrodzoną prawej dolnej kończyny.

IV. Doc. K. Hochsinger (z powodu protokółu poprzedniego posiedzenia) podkreśla **związek pomiędzy przymiotem a wodogłowiem przewlekłem.**

V. E. Mayerhofer: **Przyczynek do ilościowego oznaczenia białka i nowy związek kreatyninowy.** Referent zwraca uwagę na bronzowy osad krystaliczny, który dość często opada na dno próbówki Essbacha przy badaniu co do białka. Referent stwierdził, że związek ten jest to kreatinin-bipikrat i że ma następującą budowę;

$$HN{:}C\begin{cases}NH - CO\\ \qquad\quad |\\ N.CH^3 - CK^2\end{cases} \qquad C_6H_2\begin{cases}OH\\ (NO_3)_2\end{cases} + C_6H_2\begin{cases}OH\\ (NO_3)_2\end{cases}$$

Związek ten może być wyodrębniony z każdego moczu, a więc i z moczu zdrowego oseska.

Prof. Escherich zapytuje: w jaki sposób da się odróżnić dany osad od białka w przypadkach wątpliwych.

Mayerhofer odpowiada, że najlepiej da się to wykonać przez ogrzewanie — kreatinin-bipikrat rozpuszcza się bowiem przy ogrzewaniu, białko zaś pozostaje.

Sprawozdawca: *Miecz. Michałowicz* (Wiedeń).

## † Prof. Mikołaj Gundobin.

15/28 września r. b. zmarł w Petersburgu na zapalenie otrzewnej, wywołane przedziurawieniem wyrostka robaczkowego, w 49-ym roku życia, wybitny przedstawiciel pedyatryi rosyjskiej, Prof. Akad. woj. lekarskiej, Mikołaj Gundobin. Gundobin urodził się w Rybińsku (gub. jarosławska); gimnazyum ukończył w Petersburgu, a medycynę studyował w Moskwie. Po ukończeniu Wydziału lekarskiego w 1885 r. zostaje ordynatorem przy klinice chorób dzieci Prof. Tolskiego. W 1888 r. Prof. G. przenosi się do Petersburga, gdzie studyuje hematologię w Instytucie medycyny doświadczalnej u ś. p. Prof. Uskowa; zajmuje się anatomią patologiczną i jednocześnie pracuje w Domu wychowawczym.

W 1891 r. obronił Gundobin świetnie w Uniwersytecie moskiewskim rozprawę doktorską pod tytułem: »Budowa jelit u dzieci« (»Strojenje kiszecznika u dietiej«). W r. 1892 zostaje docentem prywatnym Akademii woj. lekarskiej, a w 1897 r. otrzymuje katedrę pedyatryi w tejże Akademii.

Jako profesor, był to znakomity mówca i nader pracowity i sumienny uczony. Klinika jego przywabia odrazu całą rzeszę lekarzy i oto w przeciągu 10 lat z kliniki tej wychodzi cały szereg rozpraw doktorskich (przeszło 100), w tej liczbie wielu naszych rodaków (Grzybowski, Hłasko, Koczorowski, Szaniawski i inni), wyjaśniających rozwój wszystkich narządów u dzieci, zależnie od wieku, jak również ich właściwości anatomiczne, drobnowidowe i chemiczne. Prace te posłużyły mu za podstawę do wydania poważnej pracy — »O właściwościach wieku dzieci« (»Osobiennosti diestkawo wozrasta«).

Oprócz pracy zawodowej brał Gundobin żywy udział i w pracy społecznej; z jego inicyatywy powstało w Petersburgu »Towarzystwo walki ze śmiertelnością dzieci w Rosyi«.

Jako lekarz był Gundobin bardzo dostępny dla chorych, jako profesor — dla studentów i lekarzy, szukających u niego rady.

Był to idealista, człowiek zacny i prawy.

Dorobku naukowego zostawił po sobie około 40 prac.

Sit tibi terra levis, nauczycielu; żywot Twój pełen chlubnej pracy i pamięć o Tobie nie wygaśnie w sercach licznych Twych uczniów i przyjaciół. *Stanisław Ostrowski* (Petersburg).

# SPROSTOWANIE.

W artykule Dr Korybut-Daszkiewicza w Zesz. I. na stronie 51 w wierszach 22 i 23 zamiast »miligramów« ma być »centygramów«, a zamiast »centygramów« ma być »decygramów«.